

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**O Uso dos Aromas para a Promoção do Conforto
das Mulheres no Primeiro Estádio do Trabalho
de Parto**

Khatidja Amirali

Lisboa

2018



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**O Uso dos Aromas para a Promoção do Conforto
das Mulheres no Primeiro Estádio do Trabalho
de Parto**

Khatidja Amirali


Orientador:

Professora Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Os homens podiam fechar os olhos ante a grandiosidade, ante o louvor, ante a beleza e fechar os ouvidos a melodias ou palavras lisonjeiras. Não podiam, no entanto, furtar-se ao odor, dado que o odor era irmão da respiração. Penetrava nos homens em simultâneo com ela; não podiam erguer-lhe obstáculos, caso lhes interessasse viver. E o odor penetrava diretamente neles até ao coração e ali tomava decisões sobre a simpatia e o desprezo, a repugnância e o desejo, o amor e o ódio. Quem controlava os odores, controlava o coração dos homens.

(Süskind, 2006, p. 171)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, me ajudaram na elaboração deste trabalho que, embora académico, tem contributos de natureza diversa.

Agradeço especialmente:

À Professora Madalena Oliveira pela disponibilidade, acompanhamento e motivação durante a orientação deste relatório;

À Enfermeira Graça Nascimento, por ter permitido a utilização da *Childbirth Comfort Questionnaire* traduzida e validada para a população portuguesa;

À Enfermeira Olga Camões, pela orientação no local de estágio, pela partilha de conhecimentos, pela confiança demonstrada, pelo incentivo e pela amizade;

Às mulheres/casais a quem prestei cuidados e que contribuíram para o desenvolvimento do tema em estudo;

Aos professores e colegas que não me deixaram desistir deste trabalho;

À minha família e amigos pelo apoio, compreensão e pelos momentos em que estive menos presente;

E aos meus pais... Que o olfacto continue a trazer-me tantas memórias vossas...

LISTA DE SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CCQ – Childbirth Comfort Questionnaire

CPP – Curso de Preparação para a Parentalidade

CS – Centro de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

EBSCO - Elton B. Stephens Company Publishing

EC – Ensino Clínico

EE ESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – International Council of Midwives

JB I - Joanna Briggs Institute

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

TP – Trabalho de Parto

RESUMO

O presente relatório tem como finalidade a descrição, análise e reflexão sobre o percurso de aprendizagem realizado ao longo do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, o qual teve como objetivo desenvolver competências como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O Ensino Clínico “Estágio com Relatório” possibilitou a prestação de cuidados especializados à mulher/recém-nascido/família durante o período pré-natal, intra-natal e pós-natal, nomeadamente em situações de urgência obstétrica e ginecológica.

Tendo em conta o contraste entre a escassa evidência dos benefícios da aromaterapia, enquanto medida não farmacológica de alívio da dor, e a crescente implementação desta técnica, em salas de parto portuguesas, optei por desenvolver esta temática, com enfoque na promoção do conforto durante o primeiro estágio do trabalho de parto, tendo por base a teoria de Katharine Kolcaba. Ao longo deste Ensino Clínico, utilizei uma prática baseada na evidência, mobilizando a *Childbirth Comfort Questionnaire* e adotando a reflexão sistemática sobre as práticas.

Os resultados obtidos, além do relaxamento da mulher, apontam benefícios para a relação estabelecida com a mulher/casal, a qual sai fortalecida, pela presença constante da enfermeira junto dos mesmos, reforçando-se o empoderamento das parturientes e o apoio ao processo de transição para a parentalidade.

De salientar, ainda, que os enfermeiros que contactaram com esta técnica ficaram interessados em utilizá-la na sua prática de cuidados.

Palavras-chave: Aromaterapia, enfermeiras obstétricas, parturiente, trabalho de parto, conforto

ABSTRACT

The purpose of this report is to describe, analyze and reflect on the learning process carried out during the 7th Master's Course in Nursing of Maternal and Midwifery Health, of the Higher Nursing School of Lisbon, which aimed to develop skills as future Nurse Specialist in Maternal and Midwifery Nursing (midwife).

The Clinical Teaching "Estágio com Relatório" made it possible to provide specialized care to the woman/newborn/family during prenatal, intranatal and postnatal periods, especially in obstetric and gynecological emergency situations.

Considering the contrast between the scarce evidence of the benefits of aromatherapy as a non-pharmacological measure of pain relief and the implementation of this technique in several portuguese delivery rooms, I chose to develop this theme, focusing on promoting comfort during the first stage of labor, based on the theory of Katharine Kolcaba. Throughout this Clinical Teaching, I have used an evidence-based practice, mobilizing the Childbirth Comfort Questionnaire and adopting a systematic reflection on the practices.

The results obtained, besides the relaxation of the woman, show benefits to the relationship established with the woman/couple, which is strengthened by the constant presence of the nurse next to them, reinforcing the empowerment of the parturients and the support to the transition process for parenting.

It should also be pointed out that the nurses who contacted this technique were interested in using it in their practice of care.

Keywords: Aromatherapy, obstetric nurses, parturient, labour, comfort

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS.....	13
1.1. Teoria do Conforto.....	13
1.2. Desenvolvimento de Competências e Filosofia de Cuidados.....	15
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
2.1. O Sistema Límbico	17
2.2. O Trabalho de Parto	19
2.2.1. O Primeiro Estádio do Trabalho de Parto.....	19
3. OPÇÕES METODOLÓGICAS	21
3.1. Metodologia de Projeto.....	21
3.2. Prática Baseada na Evidência	21
3.2.1. Scoping Review.....	22
3.2.1.1. Influência dos aromas na ansiedade e percepção da dor.....	24
3.2.1.2. Ação dos aromas sobre as náuseas e/ou vômitos	25
3.2.1.3. Segurança do uso dos aromas.....	25
3.3. Plano de Trabalho	26
3.4. Prática Reflexiva.....	27
4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	29
4.1. Contexto da Sala de Partos.....	29
4.2. Competências Desenvolvidas no Período Intra-Natal.....	30
4.2.1. O Uso dos Aromas no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto.....	42
4.3. Competências Desenvolvidas nos Períodos Pré e Pós-Natal	50
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	55
6. LIMITAÇÕES.....	57
7. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA	58

7.1. Prática Clínica	58
7.2. Investigação	59
7.3. Gestão de Cuidados	60
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	71
Apêndice I - Descrição dos Resultados Esperados, Tarefas e Atividades	72
Apêndice II - Cronograma	76
Apêndice III - Estudos Seleccionados e Respetiva Extração de Dados.....	78
Apêndice IV - <i>Guidelines National Health System</i>	87
Apêndice V - Entrevista a Peritos na Área.....	90
Apêndice VI - Pedido de Autorização	93
Apêndice VII - Carta Explicativa	95
Apêndice VIII - Consentimento Informado	97
Apêndice IX - Instrumento de interação com a parturiente/casal	99

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Mobilização da Teoria do Conforto de Kolcaba	43
Quadro nº 2 - Caracterização Sociodemográfica das Parturientes que utilizaram os Aromas	46
Quadro nº 3 - Dados Clínicos Relevantes das Parturientes que utilizaram os Aromas	47
Quadro nº 4 – Testemunhos das Parturientes após os Aromas	48

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como finalidade descrever e analisar criticamente o percurso realizado ao longo do Ensino Clínico (EC) Estágio com Relatório (ER), o qual decorreu ao longo de 19 semanas, num hospital de apoio perinatal diferenciado da zona da grande Lisboa. A metodologia de projeto, a prática baseada na evidência e a reflexão sistemática sobre as práticas foram as “ferramentas” metodológicas utilizadas neste processo, as quais permitiram o alcance das competências gerais e específicas previstas, como futura enfermeira especialista na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EE ESMO), que se desenvolvem neste documento.

Como quadro de referência orientador deste trabalho, foi mobilizada a teoria do conforto de Katharine Kolcaba, no âmbito dos cuidados holísticos centrados na mulher/casal.

O tema do projeto de estágio, intitulado “O Uso dos Aromas para a Promoção do Conforto das Mulheres no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto” partiu de uma necessidade identificada no local de estágio, aliada a uma curiosidade e interesse pessoais pela temática. O projeto inicial foi discutido, com os vários atores implicados neste processo de aprendizagem, tendo sido posteriormente implementado e avaliado.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011a, p.2), a missão do EE ESMO passa por “promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com o trabalho de parto”.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), uma tarefa importante da pessoa que assiste o parto é ajudar a Mulher¹ a lidar com a dor do trabalho de parto (TP). A OE (2015, p. 44) defende que essa dor “é positiva e tem um propósito, a mulher tem que confiar no seu corpo e na sua capacidade para parir”. No entanto, e segundo Gayeski e Bruggemann (2010, p. 775)

¹ Define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade (OE, 2011a, p. 8662)

“algumas mulheres consideram que é a pior dor sentida e, muitas vezes, superior ao que esperavam”.

Durante a gravidez, verifica-se um aumento da vascularização nas vias aéreas superiores, condicionada pelos níveis elevados de estrogénio (Lowdermilk e Perry, 2009). Esta condição fisiológica, juntamente com o aumento da progesterona, leva a um apuramento do sentido do olfato durante este período. Os cientistas referem que a grávida tem mais apetência para alimentos que lhe fazem falta (por carência de determinados minerais ou vitaminas) e recusa, através do cheiro, alimentos nocivos para ela e para o feto (alimentos estragados, por exemplo). Um estudo realizado em 2007 sugere que a maioria das mulheres relata, de facto, um aumento do sentido do olfato durante a gravidez, ficando mais sensíveis para determinados odores, principalmente no que toca a alimentos (Cameron, 2007). No entanto, os estudos não são consensuais.

De acordo com Cunha e Roque (2013, p. 19), a aromaterapia pode ser definida como “um meio de tratamento que utiliza óleos essenciais direta ou indiretamente”, sendo considerada uma medicina complementar importante.

Foi definido como objetivo geral para este trabalho:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher/recém-nascido (RN)/casal durante o TP, no sentido de otimizar a saúde destes e apoiar o processo de transição para a parentalidade.

E como objetivos específicos:

- Compreender o contributo dos aromas para a promoção do conforto das mulheres durante o primeiro estágio do TP;
- Utilizar os aromas para a promoção do conforto das mulheres durante o primeiro estágio do TP;
- Avaliar a eficácia do uso dos aromas na promoção do conforto e alívio da dor durante o primeiro estágio do TP;
- Atingir os objetivos preconizados para o estágio com relatório.

Este relatório está estruturado em 8 capítulos. No primeiro, exploram-se os conceitos metaparadigmáticos e a filosofia de cuidados que enformaram a

prática de cuidados no ER; no segundo capítulo, são explorados os conceitos subjacentes à temática em estudo; o terceiro capítulo é reservado às opções metodológicas adotadas para o alcance dos objetivos definidos; no quarto capítulo são analisadas as competências desenvolvidas, à luz duma prática reflexiva sistematizada e fundadas na evidência recente; o quinto capítulo salvaguarda as considerações éticas; no sexto capítulo, apontam-se as limitações do trabalho; no capítulo sete, deixam-se alguns contributos para a prática, em forma de sugestões e, por último, no capítulo oito, tecem-se algumas considerações finais, fruto do trabalho desenvolvido e da reflexão promovida.

1. CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS

Apesar de se assistir ao desenvolvimento da enfermagem desde Florence Nightingale, o sentido social do papel que desempenhamos, enquanto enfermeiros, parece ser cada vez mais difícil de explicar.

Os vários modelos de enfermagem, apesar da sua especificidade, têm aspetos comuns. Combinam a visão holística e humanista da pessoa com a sua singularidade e necessidade de autodeterminação, no âmbito da relação terapêutica entre os enfermeiros e a pessoa cuidada (Ribeiro, 2008).

Neste capítulo, pretendo definir alguns conceitos importantes que suportam o presente relatório.

1.1. Teoria do Conforto

Para Tomey e Alligood (2004), a teoria é vital tanto para a disciplina como para a profissão de enfermagem. Neste enquadramento, a componente académica da disciplina, personificada nas teóricas de enfermagem, promove o desenvolvimento dos conhecimentos essenciais aos enfermeiros - componente profissional da disciplina (Saragoila, 2007).

A literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem, sendo um termo ampla e diariamente utilizado em enfermagem - “prestados cuidados de higiene e conforto” – constituindo uma necessidade humana, um processo, uma função do enfermeiro ou um resultado dos cuidados de enfermagem.

O Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2017), define conforto como “nova força, novo vigor, bem-estar, consolação, comodidade” e confortar como “dar forças, tornar confortável, dar conforto moral ou afetivo”.

Apesar do interesse manifestado por outras teóricas sobre o conforto (entre as quais se destacam Jean Watson, Josephine Paterson e Loretta Zderad, Janice Morse), foi Katharine Kolcaba que se dedicou à conceptualização e operacionalização deste conceito com a criação da teoria do conforto, que é

considerada uma teoria de médio alcance para a prática de saúde, educação e investigação.

Kolcaba (1994) definiu, inicialmente, o conforto como o estado em que as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência estão satisfeitas. O alívio é o estado em que uma necessidade presente foi satisfeita, tendo a pessoa restabelecido o seu funcionamento habitual. O alívio é essencial para o retorno às funções do ponto anterior à necessidade, sendo este o único estado que pressupõe um desconforto prévio. A tranquilidade pode ser definida como um estado de calma ou contentamento, essencial para um desempenho eficiente. Esta pressupõe a ausência de condições que a ponham em causa, como stress ou angústia. A transcendência, por sua vez, é entendida como o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Este tipo de conforto é também chamado de renovação. (Kolcaba, 1994)

A definição de conforto foi, posteriormente, crescendo do seu conceito mais básico, até incorporar os quatro contextos em que pode ser experimentado: o contexto físico, que diz respeito às sensações corporais; o contexto sociocultural, que remete para as relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto psico-espiritual, que tem a ver com a autoestima, sexualidade e o sentido de vida/espiritualidade; e o contexto ambiental, que envolve aspetos como a luz, ruído, equipamento, cor, temperatura e elementos naturais e artificiais do meio. (Kolcaba, 2003)

Neste sentido, os enfermeiros podem desenvolver cuidados de conforto, atendendo às duas dimensões da teoria do conforto de Kolcaba, respetivamente: os três estados de conforto - alívio, tranquilidade e transcendência - e os quatro contextos em que o mesmo pode ser experienciado - físico, ambiental, psico-espiritual e social (Kolcaba, 2003).

Para esta autora, a enfermagem é a apreciação inicial e intencional das necessidades de cuidados aquando da ocorrência de uma ou mais situações que causem stress no indivíduo - “forças obstrutivas”, a conceção de medidas de conforto para satisfazer essas necessidades – “forças facilitadoras” e, por fim,

a reapreciação dos níveis de conforto após a implementação das medidas, em comparação com a anterior linha de base (Kolcaba, 2003). Esta reapreciação pode obter-se através da aplicação de questionários que Kolcaba desenvolveu.

1.2. Desenvolvimento de Competências e Filosofia de Cuidados

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, centrado no cuidado à pessoa, sente uma crescente necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências. Neste sentido, a formação desempenha um papel fundamental no processo de construção e desenvolvimento da profissão de enfermagem, tratando-se, hoje, de um processo contínuo de aprendizagem ao longo da vida, cuja finalidade é adquirir saberes específicos e desenvolver novas competências (Vieira, 2007; Garrido, Simões e Pires, 2008).

A Ordem dos Enfermeiros elaborou, em 2011, um Plano Formativo para orientar o exercício profissional dos EE ESMO, o qual visa promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença da mulher e do recém-nascido até aos 28 dias de vida (OE, 2011a). O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, tem como finalidade regular a certificação de competências específicas. Estão contempladas sete competências específicas, que estão, por sua vez, divididas em unidades de competência e que pretendem assegurar a necessária formação para a prestação de cuidados nesta área (sexualidade, planeamento familiar e período pré-concepcional, gravidez, TP, puerpério, climatério e ginecologia e comunidade).

Para a OE (2015, p. 8):

o “cuidado centrado na mulher” é o termo que descreve uma filosofia de cuidados de Saúde Materna e Obstétrica que dá prioridade aos desejos e necessidades das mulheres, enfatiza a importância da escolha informada, a continuidade dos cuidados, o envolvimento das clientes, eficácia clínica, capacidade de resposta e acessibilidade.

Atualmente, os direitos reprodutivos são reconhecidos como elementos centrais da promoção da saúde da mulher. O Programa de Ação da Conferência

Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), defende que o conceito de saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e possam decidir se, quando e com que frequência têm filhos. Esta condição pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. De acordo com a Direção-Geral da Saúde, “abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais” (DGS, 2008, p. 5).

Os cuidados a prestar em saúde reprodutiva constituem, por isso, um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos para mulheres e homens ao longo do seu ciclo de vida (DGS, 2008).

Um melhor estado de saúde das mulheres e das crianças tem um impacto positivo na educação, no empoderamento das mulheres, na igualdade de género e no ambiente sustentável (*United Nations Regional Information Centre*, 2009).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Encontramo-nos em contínua interação com o mundo que nos rodeia e somos sensíveis aos diferentes estímulos que se encontram no ambiente. A informação proveniente do exterior é encaminhada para o cérebro através dos sensores: o olfato, o paladar, a visão, a audição e a sensibilidade do corpo (Caldas, 2008).

Os sensores iniciam a sua atividade ainda no meio intrauterino. O olfato e o paladar são responsáveis pelo reconhecimento do colostro; a sensibilidade do corpo permite o posicionamento para o parto; a audição receciona os sons, destacando-se as vozes humanas (Caldas, 2013).

Ao longo da vida, vamos selecionando os estímulos que nos despertam interesse, porém, não nos envolvemos em todas as experiências multissensoriais, pois tendemos a confiar mais em um ou dois sentidos. Na antiguidade, o olfato e o paladar foram essenciais, tanto na procura de alimento como na fuga ao perigo. Estas informações ficaram marcadas na nossa herança genética e desempenham, ainda hoje, grande relevância nas nossas vidas. (Katz e Rubin, 2009)

Passo a descrever, neste capítulo, alguns conceitos importantes para a contextualização da temática escolhida.

2.1. O Sistema Límbico

O conhecimento das bases neurais dos processos emotivos teve um grande avanço no final do século XX, quando foram descobertas novas conexões do sistema límbico. Há um consenso entre diversos autores que as estruturas do sistema límbico relacionam-se com os instintos, as emoções e a memória (Barreto e Silva, 2010).

O sistema límbico é, assim, a unidade responsável pelas emoções e comportamentos sociais, estando envolvido na formação da memória, a longo

prazo e fortemente associado com as estruturas olfactórias (MedlinePlus, 2016). Assim sendo, o olfato tem uma intimidade única com a emoção.

Segundo Damásio (2010), as emoções podem ser classificadas em três categorias: emoções de fundo, emoções primárias e emoções sociais. As emoções primárias incluem medo, raiva, nojo, surpresa, tristeza, felicidade e são manifestadas através das expressões faciais. As emoções de fundo relacionam-se com a energia ou o entusiasmo e conduzem ao mal-estar ou bem-estar da pessoa. As emoções sociais, por sua vez, resultam da combinação de componentes das emoções primárias, no processo de socialização, e incluem simpatia, compaixão, embaraço, vergonha culpa, orgulho, ciúme, inveja, gratidão, admiração, indignação e desprezo. (Damásio, 2010)

No que toca ao TP, Michel Odent (2008) afirma que, “a ocitocina é a hormona-chave no processo de nascimento (...) mas é uma hormona tímida. Se entendermos esse ponto, podemos explicar tudo.” Quando a mulher percebe o ambiente como hostil, pelo excesso de estímulos ambientais (físicos e humanos), aumenta substancialmente os seus níveis de ansiedade e stress que irão interferir na fisiologia hormonal do nascimento (entendidos racionalmente pela mulher como “sinais de perigo”), aumentando os níveis das catecolaminas e predispondo o “reflexo de fuga ou luta”, com repercussões ao nível da redução da tolerância à dor, abrandamento do TP, subsequente compromisso da oxigenação fetal e aumento da necessidade de intervenção (Buckley, 2015).

Numa perspetiva fisiológica, numa situação de medo, elevam-se os níveis de adrenalina, o sistema nervoso simpático é ativado e gera-se o stress, um mecanismo biológico adaptativo e de defesa (Gayeski e Bruggemann, 2010).

Neste contexto, a inalação por difusão de óleos essenciais, estimula a libertação de neurotransmissores que reduzem a dor através da produção de sensações de euforia e prazer. Os níveis de adrenalina são reduzidos, bem como a ansiedade e o medo, o que facilita a produção normal de ocitocina e um TP fisiológico (Burns, Blamey, Ersser, Barnetson e Loyd, 2000).

A aromaterapia clínica é uma prática reconhecida como parte integrante da enfermagem holística por algumas entidades como a *American Holistic Nurses Association* e pelo *Royal College of Midwives*.

2.2. O Trabalho de Parto

O TP divide-se em quatro estádios: o primeiro estágio inicia-se com a contratilidade uterina regular, o apagamento do colo do útero, o começo da descida da apresentação e termina com a dilatação completa do colo uterino; o segundo estágio inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto; o terceiro estágio decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e membranas (dequitação); o quarto estágio decorre nas duas horas após a dequitação, também denominado de puerpério imediato (Lowdermilk e Perry, 2009; Graça, 2010).

Existem inúmeros fatores que influenciam a progressão do TP, nomeadamente: o passageiro (o feto e a placenta), a passagem (canal de parto), a posição da mãe, as forças (contrações uterinas e esforços expulsivos da mãe) e as reações psicológicas (Lowdermilk e Perry, 2009).

No entanto, podemos igualmente considerar a importância do ambiente (estrutura física e suporte humano) e a resposta fisiológica hormonal do nascimento para o início e progressão do TP (Buckley, 2015).

Do ponto de vista conceptual, irei centrar-me no primeiro estágio do TP.

2.2.1. O Primeiro Estádio do Trabalho de Parto

O primeiro estágio do TP divide-se em três fases: latente, ativa e de transição (Lowdermilk e Perry, 2009).

A fase latente inicia-se com a percepção materna de contratilidade uterina regular, verificando-se, habitualmente, grandes progressos no processo de apagamento do colo, mas poucos na descida do feto. Esta fase decorre até aos 4 cm de dilatação, de acordo com as indicações da OMS (2007). A fase ativa

inicia-se aos 4-6cm de dilatação cervical (*The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2016) e conclui-se na dilatação completa, com o início dos esforços expulsivos. A fase de transição é uma fase curta, que precede a dilatação completa, iniciando-se aos 8 cm de dilatação (Lowdermilk e Perry, 2009).

As contrações uterinas no primeiro estágio do TP são dolorosas e involuntárias. A dor está relacionada com vários fatores: hipóxia miometral, provocada pela compressão dos vasos que o irrigam; compressão dos nervos do colo e do segmento inferior, pela contração dos feixes musculares; estiramento do colo durante a dilatação; estiramento do peritoneu adjacente (Graça, 2010).

De facto, a sensação dolorosa é um dos elementos mais citados pelas mulheres e a sua ausência favorece o sentimento de bem-estar no primeiro estágio do TP (Carraro, Knobel, Radunz, Meincke, Fiewski, Frello et al, 2007).

Por este motivo, a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) e a OE (2012) defendem que todas as parturientes devem poder contar com o recurso a métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor durante o TP, uma vez que este alívio “contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente e deve ser um dos cuidados prioritários” do enfermeiro especialista nesta área (OE, 2013b, p. 1). Além disso, facultar medidas de conforto e métodos de alívio da dor e evitar a utilização, por rotina, de controlo farmacológico da dor, são práticas promotoras do parto normal (APEO e OE, 2012).

No entanto, e segundo a OE (2013b, p. 1), as técnicas não farmacológicas, intervenções autónomas do EE ESMO, “são um recurso pouco utilizado para alívio da dor durante o TP”, o que me leva a questionar acerca dos fatores que estão na base desta situação (falta de divulgação dos métodos, insuficiente investimento institucional nos mesmos, rácios inadequados EE ESMO-parturiente?), questões que me motivaram na escolha deste tema (e a que tentarei responder ao longo do presente trabalho).

3. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Este capítulo integra as opções e estratégias metodológicas adotadas para o alcance dos objetivos a que me propus, os quais pretendem dar resposta ao perfil de competências, como futura EE ESMO, e as que respeitam ao 2º ciclo de estudos em enfermagem. Recebi contributos dos vários EC e adotei uma prática reflexiva contínua ao longo do curso.

As opções metodológicas utilizadas foram a metodologia de projeto, a prática baseada na evidência e a prática reflexiva, que passo a descrever.

3.1. Metodologia de Projeto

A organização e estrutura do projeto a desenvolver foi um passo crucial para o desenvolvimento das atividades previstas e para a realização do presente relatório. O projeto foi elaborado no final do primeiro ano do curso, com a pretensão de planear o que pretendia fazer e de me orientar ao longo de todo o processo (apêndice I e II).

Acredito que o desenho do projeto, aliado à preocupação do cuidado centrado na pessoa e numa prática baseada na evidência, permitiram o desenvolvimento de competências, enquanto futura EE ESMO.

3.2. Prática Baseada na Evidência

O enfermeiro obstetra tem o dever de promover a saúde da mulher e do RN, devendo fundamentar e validar a sua prática profissional na evidência científica (OE, 2015). Para tal, é necessário aprender a utilizar, de forma sistemática a evidência proveniente da investigação, para responder a questões e desenvolver intervenções de enfermagem inovadoras.

O *Internacional Council of Nurses* (2012, p.10), define prática baseada na evidência como um “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência,

experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar”. A prática baseada na evidência é, assim, o elo de ligação entre a pesquisa científica e as boas práticas clínicas.

3.2.1. Scoping Review

Para mapear a evidência científica existente em relação ao uso dos aromas na promoção do conforto das mulheres no primeiro estágio do TP, foi elaborada uma *scoping review*, de acordo com o protocolo do Joanne Briggs Institute (JBI), intitulada “O Uso dos Aromas para a Promoção do Conforto das Mulheres no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto”, em Junho de 2016, tendo a pesquisa sido atualizada em Março de 2017 e em Maio de 2018. Partiu-se da seguinte questão: “qual o contributo dos aromas para a promoção do conforto das parturientes no primeiro estágio do TP?”

Aplicou-se a mnemónica PCC: População-Conceito-Contexto

- População - As “mulheres no primeiro estágio do TP”
- Conceito - Os “aromas para a promoção do conforto”
- Contexto - “Sala de partos”

Tendo em conta o objetivo da *scoping review* - “conhecer o contributo dos aromas para a promoção do conforto das parturientes durante o primeiro estágio do TP” - foram definidos limitadores de pesquisa e critérios de inclusão dos artigos. Como limitadores de pesquisa, foram selecionados artigos escritos em português, inglês ou espanhol e publicados a partir do ano 2000 (desenho do estudo). Quanto aos critérios de inclusão, selecionaram-se estudos com parturientes no primeiro estágio do TP (população), que abordassem a utilização dos aromas para a promoção do conforto durante o primeiro estágio do TP (conceito); e que tenham sido realizados na sala de partos (contexto).

As bases de dados utilizadas, na primeira pesquisa, foram a MEDLINE e a CINAHL, através da plataforma EBSCO e do sítio informático da ESEL. A escolha destas duas bases de dados deveu-se ao fato de serem consideradas

as bases de dados de referência, para artigos científicos relacionados com a área da saúde.

Houve recurso também à literatura cinzenta, através da plataforma Google e Google Scholar.

A pesquisa na MEDLINE e na CINAHL foi efetuada em separado e foram selecionados apenas termos indexados. Em relação à MEDLINE foram utilizados os termos indexados: *women*, *pregnant women*, *first labor stage*, *obstetric labor* (população); *aromatherapy* (conceito); *delivery rooms* (contexto). Quanto à CINAHL, foram utilizados os termos indexados: *women*, *female*, *expectant mothers*, *first labor stage*, *labor*, *management of labor*, *labor* (população); *aromatherapy*, *essential oils* (conceito); *delivery rooms* (contexto).

Estes termos foram cruzados, em cada base de dados, utilizando as expressões booleanas *AND* e *OR*, para refinar a pesquisa, resultando em 11 artigos. Após a remoção dos duplicados e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram obtidos três artigos quantitativos - dois estudos randomizados controlados e um estudo observacional.

Como o número de artigos encontrado foi escasso, realizou-se uma segunda pesquisa, através da mesma plataforma, em outras duas bases de dados de referência, *MedicLatina* e *Academic Search Complete*, também em separado, utilizando a fórmula de pesquisa "*Women AND Labor AND Aromatherapy*" (termos naturais, uma vez que nestas bases de dados não existem termos indexados). Na *MedicLatina* não foram encontrados artigos. No entanto, a pesquisa na *Academic Search Complete* resultou em 16 artigos, dos quais apenas 1 cumpria os critérios de inclusão desta *scoping review*, mas já tinha sido obtido através da primeira pesquisa.

A pesquisa em literatura cinzenta resultou em artigos que não cumpriam os critérios de inclusão, mas forneceram contributos importantes para a discussão dos resultados, uma vez que correspondiam a alguns critérios: pertinência (em relação à temática em estudo), atualidade (artigos a partir de 2000), rentabilidade (*guidelines* em vigor em hospitais) e autores de referência na área.

Os artigos obtidos foram lidos criteriosamente antes de serem incluídos e os dados quantitativos foram extraídos utilizando o instrumento padronizado da JBI para estudos experimentais e observacionais (apêndice III).

Em termos de resultados, e tendo em conta a temática em estudo, emergiram três áreas temáticas, que serão descritas seguidamente.

3.2.1.1. Influência dos aromas na ansiedade e percepção da dor

Em relação aos estudos analisados, concluiu-se que o uso de óleos essenciais (lavanda, incenso, rosa) ajuda a reduzir a ansiedade e a dor, o que se reflete na solicitação de medidas farmacológicas de alívio da dor (como a analgesia epidural), cuja solicitação é menor em comparação com as mulheres que não utilizaram a aromaterapia (Burns et al, 2000). Esta redução da ansiedade e da dor é mais notória nas mulheres nulíparas. No entanto, nas mulheres múltiparas, apesar de não haver uma redução da dor, esta mantém-se constante e não tem valores elevados, quando há uma tendência para o aumento da dor e ansiedade à medida que o TP progride (Burns, Zobbi, Panzeri, Oskrochi e Regalia, 2007).

Maddocks-Jennings e Wilkinson (2004), realizaram uma revisão sistemática sobre o uso da aromaterapia no período específico do primeiro estágio do TP e afirmam que a inalação de óleos essenciais pode, de facto, reduzir a ansiedade e que as mulheres que utilizaram óleos essenciais lidaram melhor com a dor do TP, solicitando menos analgesia.

Também Indra (2017) concluiu, no seu estudo, que 50% das mulheres no primeiro estágio do TP teve *dor intensa* e 50% *dor muito intensa* após a aplicação da aromaterapia, enquanto que a grande maioria das mulheres que não foram submetidas a aromaterapia sentiram a *pior dor alguma vez sentida* (96,7%) e *dor muito intensa* (3,3%). Este autor afirma que a aromaterapia é eficaz no alívio da dor do primeiro estágio do TP e proporciona maior conforto e satisfação ao longo deste período.

3.2.1.2. Ação dos aromas sobre as náuseas e/ou vômitos

O uso de um determinado óleo essencial (menta) ajuda a reduzir as náuseas e/ou vômitos das mulheres, característicos do primeiro estágio do TP e também após a administração de analgesia epidural (Burns et al, 2000; Toda e Morimoto, 2011).

Também durante o primeiro trimestre, a inalação de outro óleo essencial (limão) reduz a ocorrência de náuseas e vômitos (Yavari, Safajou, Shahnazi, Nazemiyeh, 2014), que ocorrem em cerca de metade das gravidezes, devido a alterações do trato gastrointestinal e ao aumento sistêmico dos níveis da hormona β -gonadotrofina coriônica humana (Lowdermilk, Perry, Bobak, 2002).

3.2.1.3. Segurança do uso dos aromas

De acordo com os estudos analisados, o uso de óleos essenciais não tem efeitos adversos para a mãe ou para o RN (Burns et al, 2007), sendo que os óleos utilizados nos estudos estão listados na *International Federation of Professional Aroma Therapists* como seguros (Indra, 2017). Contudo, algumas mulheres referiram determinados sintomas (náuseas, prurido, cefaleias, TP precipitado), sendo difícil perceber se estes se deveram à aromaterapia ou a outros fatores, como o próprio TP (Burns et al, 2000).

Em relação à segurança do uso dos aromas, Buckle, Ryan e Chin (2014), referem que os enfermeiros são treinados para compreender as contraindicações e precauções da utilização de óleos essenciais nesta população específica, revendo sempre a história clínica, nomeadamente a existência de alergias, antes da administração dos óleos.

Gutteridge (2014), reforça ainda que a *Nursing and Midwifery Council* recomenda que os profissionais que utilizam os aromas tenham competências específicas e que trabalhem de acordo com as *guidelines* do *National Health System* (apêndice IV).

Foi interessante verificar que dois dos estudos analisados (Burns et al, 2000; Burns et al, 2007) foram pioneiros em investigar o efeito dos aromas no TP. De acordo com Allright e Pidgeon (2003), a partir do primeiro estudo, a solicitação da aromaterapia por parte das mulheres nas maternidades teve um aumento significativo, sendo que, atualmente, existem algumas *guidelines* implementadas no Reino Unido pelo National Health System, nomeadamente “Administration of Aromatherapy with Childbearing Women” (Março, 2012) e “Use of Aromatherapy on The Birthing Unit” (Março, 2013).

3.3. Plano de Trabalho

Apesar da evidência apresentada, esta temática ainda não está muito explorada, sendo escassos os estudos.

De acordo com a JBI (2014, p. 16), na ausência de estudos, a opinião dos peritos, sob a forma de *guidelines*, relatórios ou discursos dos profissionais, podem representar “a melhor evidência”.

Assim sendo, para a concretização deste projeto, tornou-se fulcral, para além da revisão crítica da literatura (que inclui a consulta de *guidelines* e auditorias a maternidades com aromaterapia), a entrevista a profissionais peritos na implementação de aromas durante o TP (apêndice V). Neste sentido, foram desenvolvidas *démarches* no sentido de trazer ao local da realização do estágio um perito na área, tendo sido possível o planeamento e a realização de uma sessão de formação, no âmbito desta temática no dia 19 de Junho de 2017, cujos contributos serão mobilizados no próximo capítulo.

Aquando do início do ER, procedi à apresentação do projeto de estágio junto da enfermeira chefe, orientadora do contexto e equipa no sentido de sensibilizar/envolver a equipa para os ganhos da sua utilização durante o TP.

Foi igualmente solicitada autorização junto da enfermeira chefe do contexto para a implementação do presente projeto (apêndice VI).

3.4. Prática Reflexiva

A prática reflexiva pretende problematizar as práticas, ajudando no desenvolvimento de novas competências (conhecimentos, habilidades e atitudes).

O registo reflexivo, segundo o ciclo de Gibbs, percorre diversas fases que permitem que o estudante caminhe e progrida com as experiências vividas. Ao longo do ER, utilizei uma reflexão sistemática sobre as práticas experienciadas, elaborando diários de aprendizagem, “ferramentas” que me permitiram construir processos de pensamento, através da experiência prática vivida, de forma a focar-me, não apenas no problema e nas dificuldades sentidas, mas também, nos sentimentos que emergiram, nas estratégias mobilizadas e na aprendizagem que cada experiência proporcionou.

Destaco alguns desses registos reflexivos (excertos do Diário de Aprendizagem sobre a experiência do primeiro parto):

- “Tantos anos do outro lado, a receber o bebé, mas agora estava ali ‘na linha da frente’ e, apesar de saber o que fazer em teoria, tinha pânico do que pudesse acontecer na prática.”

- “A proteção do períneo, a pesquisa de circular cervical, o desencravamento do ombro anterior, depois o posterior ² ... Tudo me fazia sentido.”

- “A minha maior dificuldade foi aliar a parte relacional à parte técnica, tenho a consciência que me foquei na segunda e que a enfermeira orientadora assumiu mais a primeira.”

- “O meu receio em realizar um parto não desapareceu, mas acredito que, ao longo dos turnos, conseguirei adquirir maior segurança e autonomia neste procedimento tão complexo e tão importante para a mulher.”

² H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica. (OE, 2011a)

De acordo com Benner (2001, p. 14) a prática reflexiva “é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

O facto de ter tido oportunidade de analisar e discutir a minha prestação com a enfermeira orientadora, foi essencial para validar a minha perceção sobre o decorrer do estágio.

Por outro lado, investi na relação estabelecida com a mulher/casal, de modo a possibilitar que o parto superasse as expectativas daqueles futuros pais.

A auto-reflexão foi uma prática constante, principalmente na fase final do estágio, dada a minha dualidade de sentimentos, algo que não previa.

A este propósito, Abreu (2008), refere que o EC é uma oportunidade única para os estudantes construírem o seu saber a partir das reais situações clínicas que experienciam, reconstruindo no seu repertório pessoal os conhecimentos a que tiveram acesso na fase teórica do curso e construírem novos saberes e modos de ser, estar e responder adequadamente em função dos diferentes clientes e contextos, “podendo as experiências de transição experimentadas pelos formandos reforçar o sentido de pertença ou conduzir a mudanças na esfera identitária” (p. 37).

4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

De acordo com a OE (2010), as competências comuns constituem as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Por sua vez, as competências específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2011a).

Neste capítulo, pretendo descrever as atividades desenvolvidas para o alcance das competências necessárias ao exercício profissional enquanto futura EE ESMO.

4.1. Contexto da Sala de Partos

O hospital onde decorreu o ER está integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde, tendo sido a primeira unidade hospitalar portuguesa distinguida pelo *King's Fund*, através da certificação de qualidade.

É um dos hospitais com uma das maiores áreas de influência do país. Serve, atualmente, as necessidades de saúde de cerca de 650.000 habitantes dos concelhos de Amadora e de Sintra, sem contar com os oriundos de Angola, Guiné Bissau, Cabo Verde, São Tomé-e-Príncipe, Brasil, Ucrânia, China entre outros. É uma das maiores urgências nacionais e a segunda maternidade do país (Costa, 2015), com uma equipa multidisciplinar que inclui enfermeiros especialistas e generalistas, médicos obstetras, anestesistas e neonatologistas.

O atendimento é contínuo, com capacidade de resposta para qualquer emergência. Tratando-se de um hospital central, estão disponíveis todos os

meios humanos, físicos e técnicos que garantam a segurança da mãe e do bebé durante a gravidez e parto: bloco operatório, unidade de cuidados intensivos, unidade de neonatologia, serviço de sangue, entre outros. Todos os serviços indicados estão localizados no mesmo piso, o que permite uma atuação mais eficaz em contexto de emergências.

O número de estrangeiros legalmente residentes em Portugal atinge 4% da população total, sendo predominantes as comunidades cabo-verdiana, brasileira, dos países lusófonos e dos países da União Europeia (Pordata, 2017).

Esta realidade está patente no hospital e no serviço onde decorreu o estágio, sendo que, durante o mesmo, deparei-me com diferentes etnias, em que o idioma, o estrato social, os costumes culturais e as crenças religiosas foram um desafio à equidade na prestação de cuidados ³. Em termos estatísticos, (dados obtidos juntos dos serviços administrativos do local de EC), em 2017 ocorreram 2699 partos, sendo que 412 partos pertenceram a pessoas oriundas de outros países (cerca de 15%).

4.2. Competências Desenvolvidas no Período Intra-Natal

Apesar de exercer funções numa sala de partos como enfermeira generalista, tive a consciência, no início do ER, que me encontrava no nível de “iniciada” de Benner (2001, p. 49), que refere que:

As iniciadas não têm nenhuma experiência das situações com que elas possam ser confrontadas (...) são-lhes ensinadas as normas, independentemente do contexto, para guiar os seus atos em função dos diversos elementos (...) mas o facto de seguirem essas regras poderá não ir ao encontro de um comportamento correto, porque não lhes podem ser indicados quais os atos mais úteis numa dada situação real.

Iniciei então um longo percurso para alcançar o preconizado pela OE (2011a, p. 5), que defende que o EE ESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente

³ Os EE ESMO ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva (ICM, 2011, competência nº 2)

seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina”.

Ao longo deste EC fui desenvolvendo as minhas competências desde a admissão da mulher/casal até à visita ao puerpério, estabelecendo uma relação terapêutica com o casal/família e promovendo a transição para a parentalidade, bem como a vinculação precoce da tríade.

Esta sala de partos tem como missão “prestar uma gama completa e integrada de cuidados de saúde, de reconhecida qualidade, à mulher e à criança, transmitindo-lhe um sentimento de confiança e respeito pela sua dignidade” (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Esta missão, que está afixada no serviço, não valoriza o papel do pai, enquanto pertencente a esta tríade que se vai formar, invisibilizando o papel do mesmo no contexto da sala de partos. Por este motivo, tive o cuidado de tentar sempre englobar o acompanhante da parturiente, ou o futuro pai do bebé, nos cuidados e na relação estabelecida⁴. Não me agrada particularmente o termo “acompanhante”, aplicado ao futuro pai, porque pode sugerir que estamos a marginalizá-lo, de alguma maneira. da sua vivência da paternidade por direito, o que é um contrassenso, quando pretendemos precisamente que a transição do casal para a parentalidade se faça com ambos, da forma mais saudável possível. No entanto, esta designação é a que consta da legislação, pelo que fiz um esforço para denominá-lo de outra forma, nomeadamente como “pai” ou pelo nome próprio, de forma a que ele se sentisse incluído na prestação de cuidados.

Neste serviço funcionam três valências em espaços físicos autónomos: Urgência Obstétrica e Ginecológica, Unidade de Internamento de Curta Duração, Sala de Partos.

A **Urgência Obstétrica e Ginecológica** acolhe grávidas e clientes do foro ginecológico que venham por iniciativa própria ou encaminhadas do Centro de Saúde (CS), Consulta Externa, Instituto Nacional de Emergência Médica ou

⁴ H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos. (OE, 2011a)

Saúde 24. As clientes são triadas por um EE ESMO, de acordo com o Protocolo de Triagem de Manchester⁵.

Na fase final do estágio, tive a oportunidade de fazer alguns turnos nesta urgência⁶. Neste contexto, é importante focarmo-nos na queixa atual da cliente (algias, perda de líquido, entre outras) e avaliar determinados parâmetros (sinais vitais, características das perdas vaginais, avaliação do colo uterino, cardiotocografia), para atribuir a correta prioridade para atendimento clínico. Constatei a complexidade que advém de aliar os conhecimentos teóricos à execução técnica, ao mesmo tempo que se tenta estabelecer uma relação com a cliente num espaço de tempo tão curto. Procedi ao internamento de grávidas em TP, conforme protocolado na instituição⁷. Numa destas triagens, tive contacto com uma situação de aborto incompleto do primeiro trimestre⁸.

Na **Unidade de Internamento de Curta Duração**, ficam internadas grávidas com menos de 22 semanas (situações de ameaça de aborto, hiperémese gravídica, interrupção médica da gravidez) e clientes do foro ginecológico (com situações como aborto incompleto, retido ou sético; bartholinite, mastite, menometrorragias, doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, mola hidatiforme).

Durante o ER, pude refletir acerca da dificuldade da vivência do luto e da perda, perante as situações de interrupção médica da gravidez com as quais fui confrontada. Dificuldade da mulher/casal, mas também dificuldade por parte dos profissionais. O EE ESMO está mais preparado para cuidar a mulher/casal com gravidez bem-sucedida e não para lidar com situações de perda. Corroborando esta ideia, Graça (2010, p. 667) refere que “lidar com este assunto levanta ainda dificuldades em certos centros, fruto de convicções e sentimentos intensos e contraditórios de alguns agentes de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros”.

⁵ sistema que começou a ser utilizado nas urgências hospitalares em Portugal a partir do ano 2000, classificando a gravidade e prioridade dos clientes através de protocolos clínicos, atribuindo pulseiras com cores, desde o vermelho (emergente) até ao azul (não-urgente) (Grupo Português de Triagem, 2015).

⁶ Realizei 38 triagens de Obstetrícia e 4 triagens de Ginecologia.

⁷ H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto. (OE, 2011a)

⁸ H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento. (OE, 2011a)

Em Obstetrícia, estamos à espera que corra tudo bem... E quando há uma situação de interrupção médica ou um diagnóstico de morte fetal numa gestação de termo, incomoda-nos. Porque não é suposto. E cria-se uma espécie de “conspiração silenciosa”. Ninguém fala, a tendência é “fugir” da situação. Acredito que, numa tentativa de nos protegermos emocionalmente, tendemos a refugiarmo-nos nos tecnicismos, privilegiamos as explicações do que vai acontecer em vez de tentar uma abordagem psico-emocional com a mulher/casal.

Tive esta consciência porque, enquanto generalista, experiencio estes sentimentos quando recebo um feto morto de termo, que é, para mim, a situação mais difícil na sala de partos. Por isso, redobrei o esforço para estabelecer uma relação terapêutica com a mulher/casal, abri espaço (através de perguntas abertas) para que partilhassem os seus sentimentos comigo, discuti algumas questões que podem ajudar no luto (como ver ou não o feto após a expulsão). Ajuda-me, nestas situações, falar com os outros colegas, saber também o que sentem em relação ao que está a acontecer e quais os mecanismos de *coping* que adotam.

Em relação à **sala de partos**, esta é constituída por seis quartos de dilatação, duas boxes de período expulsivo, dois blocos operatórios (cesarianas), recobro pós-parto, sala de deambulação, berçário e duas instalações sanitárias.

A grávida, após ser internada, é instalada num quarto de dilatação (individual), ou na sala de deambulação no caso de aguardar uma cesariana programada.

Nestas salas existe material e equipamento necessários para a adequada assistência durante o primeiro estágio do TP.

No primeiro estágio do TP, após realizar o acolhimento do casal ao serviço, tentei sempre identificar, junto do mesmo, necessidades de informação e contribuir para o esclarecimento de questões variadas (plano de parto, importância das contrações, métodos para alívio da dor, atuação no período expulsivo).

Durante este estágio, para além das medidas farmacológicas de alívio da dor (analgesia endovenosa e analgesia por bloqueio do neuroeixo), são disponibilizadas também medidas não farmacológicas de alívio da dor nas situações em que os casais desejem recorrer a estas, nomeadamente: utilização da bola de nascimento, música, incentivo de técnica de relaxamento respiratório, duchas relaxantes de água quente, deambulação com recurso a telemetria e ambiente colorido nos quartos, a cromoterapia (há dois quartos de cada cor – lilás, ciano e verde pálido – e todos os quartos estão munidos de uma lâmpada de luz monocromática com sete cores). As parturientes têm conhecimento de que dispõem destas condições através da visita guiada, realizada no âmbito do Curso de Preparação para a Parentalidade (CPP), ministrado num CS da área de influência ou no próprio hospital ou sempre que a mulher/casal manifestem interesse em realizar essa visita. A mesma é articulada com os profissionais do serviço e realizada no momento, ou agendada para outro dia mais favorável.

O objetivo é proporcionar um ambiente acolhedor, com o alívio da dor, conforto físico e emocional. Ao longo do ER percebi que, a maioria das parturientes, embora desconheçam estes métodos, optam por experienciá-los no decorrer do primeiro estágio do TP⁹. Este desconhecimento pode dever-se à baixa literacia em saúde, uma das características da população abrangente, notória no grande número de casos de gravidezes mal ou não vigiadas e na solicitação de cesariana por recearem um parto vaginal, por exemplo. A literacia em saúde é definida pela OMS (1998) como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde. Está cientificamente comprovada a relação entre literacia e condição de saúde, onde o indivíduo com baixa literacia apresenta uma menor probabilidade de compreender a informação quer oral, quer escrita dos profissionais de saúde, de obter dos sistemas de saúde os serviços necessários e ainda realizar e seguir os procedimentos prescritos (Intellicare, 2017). No entanto, verifiquei que, após

⁹ H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. (OE, 2011a)

explicar e aconselhar os procedimentos mais recomendados para cada situação, tendo em conta a última evidência disponível, todas as parturientes/casais aceitaram o plano de cuidados proposto.

Em contrapartida, constatei também a emergência de casos em que as mulheres trazem muita informação, inclusive algumas com um plano de parto escrito, privilegiando o parto natural e com menor intervenção possível. Estas situações constituem também um desafio porque há necessidade de aferir e negociar determinados aspetos que a parturiente/casal desconhecem (clampagem tardia do cordão *versus* colheita de sangue para células estaminais, por exemplo). Mais uma vez, considero que a negociação após a explanação dos procedimentos, foi bem conseguida.

Regressando, ainda, aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, esta é dificultada pelo rácio de EE ESMO-parturiente. No serviço em questão esse rácio é de 1:3, embora a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MCEESMO) tenha definido, como dotação segura, o rácio de assistência intra-parto de 1:2 no primeiro estágio do TP (OE, 2017). Por outro lado, existem também alguns constrangimentos físicos, no que toca à liberdade de movimentos da grávida. Em relação à telemetria, existem apenas dois aparelhos o que significa que só duas das seis grávidas podem utilizá-los simultaneamente. Eu, tendo normalmente 3 grávidas ao meu cuidado, tentava alternar a telemetria entre as 3, tendo em conta as suas preferências e a fase em que se encontravam. A deambulação fora do quarto de dilatação não é segura, uma vez que o corredor é comum à passagem dos profissionais e Marquesas do serviço, não havendo um circuito externo para as parturientes e acompanhantes. A parturiente deambulava, assim, maioritariamente pelo quarto. De acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (2015), pode ser utilizada a monitorização fetal intermitente em situações de baixo risco nomeadamente: (fatores anteparto) ausência de patologia materna prévia, como diabetes ou pré-eclâmpsia; ausência de história de hemorragia vaginal; frequência normal das contrações; crescimento fetal e líquido amniótico dentro dos valores normais; registos

cardiotocográficos anteriores normais; ausência de cicatriz uterina anterior; movimentos fetais normais; sem rutura de membranas superior a 24h; gravidez simples, de termo e cefálica; bem como (fatores intra-parto) frequência normal das contrações; sem indução do TP; sem analgesia epidural; ausência de hemorragia vaginal anormal; ausência de líquido meconial; temperatura materna abaixo dos 38°C; duração da fase ativa inferior a 12h; duração do segundo estágio do TP inferior a 1h; frequência cardíaca fetal claramente audível dentro dos valores normais. As parturientes ao meu cuidado, não cumpriam todos estes critérios (tinham patologia anterior, tinham sido submetidas a indução do TP ou a analgesia epidural), pelo que não foi possível utilizar esta técnica.

No que toca à hidroterapia, existem apenas duas casas de banho para seis grávidas, o que implica que o uso do duche pela parturiente fique condicionado pela disponibilidade do mesmo. No entanto, tentei gerir os horários de forma a que as grávidas pudessem usufruir do duche sempre que necessitassem.

A grávida está sempre acompanhada de uma pessoa significativa escolhida por si (o pai do bebé, na maior parte dos casos), e com a qual se procurou estabelecer uma parceria nos cuidados. Esta parceria pode ser entendida como uma sinergia assente na negociação entre as partes, numa relação de respeito pela autonomia do outro, trabalhando ambos para um fim/objetivo comum (Gomes, 2009). Em termos práticos, o acompanhante pode ajudar a mulher nas posições verticalizadas ou nas básculas na bola de nascimento, o que contribui para um ambiente mais seguro ¹⁰. A presença do acompanhante acaba por contrariar as “forças obstrutivas” que aumentam os níveis de adrenalina da parturiente, dificultando a progressão do TP. A meu ver, não há, no entanto, condições ideais que convidem a que o acompanhante permaneça muito tempo no quarto, uma vez que tem apenas uma cadeira para se sentar e, sempre que se quiser alimentar ou ir à casa de banho, tem de se ausentar do serviço.

Após ter realizado formação específica (curso “Parir en Movimiento”, Núria Vives), investi mais em posições verticalizadas, juntamente com a enfermeira orientadora e outros EE ESMO, o que me permitiu apreciar as vantagens e

¹⁰ H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. (OE, 2011a)

benefícios destas posições. De facto, a evidência revela que a liberdade de movimentos durante o TP conduz a uma diminuição da dor, menor necessidade de analgesia epidural, menor alteração da frequência cardíaca fetal, diminuição da duração do primeiro estágio do TP e aumento dos diâmetros pélvicos, facilitando a descida fetal (OE, 2013a).

Em termos da avaliação da progressão do TP (avaliação da cervicometria), tentei realizar sempre o mínimo de toques vaginais e notei uma evolução favorável na minha avaliação.

Aquando da dilatação completa e necessidade da mulher em realizar esforços expulsivos, a mesma é transferida para a box de período expulsivo, onde decorrem o segundo e terceiro estádios do TP e onde são prestados os cuidados imediatos ao RN. Estas salas estão equipadas com o material necessário para estes estádios (campos esterilizados, instrumentos cirúrgicos, anestésico local, ventosas e fórceps caso seja necessário) e material de reanimação do RN (mesa aquecida, fonte de oxigénio, aspirador, reanimador infantil *neopuff*, fármacos de reanimação).

A necessidade de transferir as parturientes para outro local quebra o ambiente de conforto criado e leva-as para um local desconhecido. De acordo com a *Birth Territory Theory*, para que a fisiologia do parto seja otimizada, a parturiente deve estar num espaço protegido e sem perturbações (Fahy, Parratt, Foureur e Hastie, 2008). Por outro lado, neste espaço aparecem mais frequentemente outros profissionais (médicos) que não estiveram tão presentes no estágio anterior, o que pode comprometer a privacidade da parturiente/casal e aumentar a sua ansiedade. A estratégia que adotei para minimizar estes aspetos negativos foi explicar à parturiente/casal, numa fase inicial, que isto iria acontecer, mas que eu ou o EE ESMO responsável iria continuar presente na outra sala, independentemente do que pudesse suceder.

O segundo estágio do TP pode decorrer na tradicional marquesa de partos, recorrendo a diferentes posições, ou no banco de partos, conforme a preferência da parturiente e desde que reunidas as condições de segurança para a mesma¹¹.

O pai/pessoa significativa é convidado a participar nos cuidados, se assim o desejar, colaborando com a parturiente e o profissional no momento do nascimento, como por exemplo, ajudando o RN a posicionar-se no peito da mãe, cortando o cordão umbilical... Nas situações em que se prevê um parto instrumentado, é solicitado ao acompanhante que, por questões de segurança aguarde na sala de espera e, tão breve quanto possível, regresse para junto da mulher e RN. Em relação ao segundo estágio do TP, promovi a proteção perineal¹², a clampagem tardia do cordão, sempre que possível, e respetiva laqueação pela pessoa significativa (maioritariamente o parceiro). Incentivei igualmente o contacto pele a pele e a amamentação precoce, conforme preconizado pela OMS e indo de encontro às medidas do Hospital Amigo dos Bebés¹³.

Em caso de cesariana, se o obstetra responsável, após uma avaliação da situação clínica, não desaconselhar a presença de um acompanhante no bloco operatório, o pai pode assistir junto à parturiente. O direito à presença de um acompanhante está contemplado em Diário da República (DR, 2014) na lei nº 15/2014 em que “é reconhecido à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde o direito de acompanhamento, durante todas as fases do trabalho de parto, por qualquer pessoa por si escolhida”. Posteriormente, o Despacho nº 5344-A/2016 “estabelece as medidas e procedimentos necessários para que o pai, ou outra pessoa significativa, possa estar presente num bloco operatório para assistir ao nascimento de uma criança por cesariana” (DR, 2016). As alterações realizadas no sentido do cumprimento desta lei no serviço onde decorreu o estágio não foram facilmente implementadas, como as reuniões com

¹¹ H3.1.1. Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. (OE, 2011a)

¹² Realizei 49 partos eutócicos, 9 dos quais com episiotomia e 29 com lacerações perineais (15 de grau I e 14 de grau II). 11 mulheres tiveram períneos íntegros.

¹³ H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. (OE, 2011a)

a equipa médica, a criação de um circuito próprio para o acompanhante, a formação às assistentes operacionais que se encarregam de trazer o acompanhante para o bloco operatório e senti alguns constrangimentos durante o ER, principalmente em relação à equipa médica, tendo sido necessário negociar esta questão algumas vezes¹⁴. O estudo de Tomeleri, Pieri, Violin, Serafim e Marcon (2007), evidencia que os pais, ao assistirem ao nascimento do filho vivem experiências positivas, tanto pelo suporte emocional que proporcionam à parturiente, como pelos sentimentos e emoções que emergem, os quais podem favorecer o maior envolvimento emocional precoce com o filho.

No terceiro estágio do TP, adotei, na maior parte das vezes, uma postura ativa na dequitação, conforme protocolado pelo Hospital. Agi em conformidade com as orientações da OMS em relação à episiotomia seletiva e procedi à perineorrafia, sempre que necessário¹⁵.

Constatei que tive dificuldade em aliar a parte relacional à parte técnica do segundo e terceiro estágios do TP¹⁶. De facto, Thelin, Lundgren e Hermansson (2014) concluíram num estudo realizado na Suécia que as EE ESMO, no início do seu percurso profissional, focavam-se demasiado nelas próprias mas, à medida que foram adquirindo experiência, conseguiram focar a sua atenção na mulher/casal ao seu cuidado. A este propósito, Benner (2001) afirma que somente a experiência da enfermeira perita possibilita ultrapassar as suas incertezas, fazer escolhas difíceis, estabelecer prioridades e agir em benefício da complexidade das situações com que se depara.

De acordo com Néné, Batista e Marques (2016), é necessário que o profissional transmita segurança e calma. A linguagem e a forma como o profissional comunica com a parturiente são de extrema importância no desenrolar de todo o processo; esta deve ser sugestiva, defendem as autoras.

¹⁴ C1.1.4. Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde. (OE, 2010)

¹⁵ H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. (OE, 2011a)

¹⁶ D1.1.1. Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar. (OE, 2010)

Fraser e Cooper (2009) acrescentam que a competência do EE ESMO consiste em apoiar efetivamente a mulher, guiá-la quando “o seu espírito enfraquece” e capacitá-la a realizar o seu parto em segurança e com sucesso. Os mesmos autores defendem, ainda, que o parto, por si só, é um momento de emoção acentuada e traz com ele exposição à dor, aos fluidos corporais e a questões de sexualidade, o que é desafiante para a mulher, para o companheiro e também para quem lhe presta cuidados. “Cuidar de uma mulher no parto é extremamente íntimo e os sentimentos que gera podem constituir uma surpresa para os estudantes” (traduzido de Fraser e Cooper, 2009, p. 13).

Também tive a oportunidade de prestar os cuidados ao recém-nascido em partos distócicos¹⁷ em colaboração com o pediatra, bem como, acompanhar o quarto estágio do TP¹⁸.

Após o parto, a puérpera e o RN eram transferidos para a sala de recobro, para vigilância deste estágio. O acompanhante podia permanecer no recobro, se assim o desejasse. No entanto, o recobro é comum, tendo capacidade para 4 puérperas e respetivos RN, podendo ser necessário pedir ao acompanhante para sair momentaneamente para realizar alguma intervenção, tendo sempre em vista a privacidade das puérperas¹⁹.

No puerpério imediato, era iniciada a amamentação, caso não tivesse sido iniciada na sala de partos. Este momento constituía a oportunidade ideal para aferir o que a puérpera conhecia sobre o assunto, desmistificar alguns aspetos e reforçar as orientações mais oportunas e apropriadas para aquele momento. Neste período, é fulcral manter uma vigilância adequada de modo a antecipar possíveis complicações²⁰. Assim sendo, os cuidados centram-se, para além da amamentação, na avaliação do globo de segurança de Pinard, monitorização

¹⁷ 26 RN de partos distócicos – H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina. (OE, 2011a)

¹⁸ 75 situações de puerpério imediato – Os EE ESMO prestam às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis (ICM, 2011, competência nº 5). As EE ESMO prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade (ICM, 2011, competência nº 6).

¹⁹ A2.1.4. Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido. (OE, 2010)

²⁰ A2.2.3. Tem uma conduta preventiva, antecipatória. (OE, 2010)

dos lóquios, observação e avaliação perineal, vigilância da recuperação pós-anestésica (quando aplicável), promoção da eliminação vesical, vigilância hemodinâmica, mas também avaliação psicológica e emocional da mulher/casal e promoção da vinculação da díade/tríade. Após a vigilância das condições inerentes ao puerpério imediato, e havendo vaga no internamento de Obstetrícia, a mãe e o recém-nascido eram transferidos para este serviço, sendo o transporte realizado sempre pela enfermeira e assistente operacional²¹.

Este transporte era um momento privilegiado de continuidade de cuidados, uma vez que permitia a passagem de ocorrências diretamente às enfermeiras responsáveis pela díade e abria um precedente de visita ao internamento nos dias seguintes. No decorrer deste estágio, realizei visitas à díade/tríade no serviço de Obstetrícia²², com a intenção de averiguar a percepção do casal em relação aos cuidados prestados (expetativas e satisfação) desde o primeiro estágio até ao momento da alta, consolidando a relação de confiança estabelecida na sala de partos. A observação física realizada à puérpera, nesta fase, era, para mim, de particular importância, pois permitia avaliar a evolução da perineorrafia, bem como validar os cuidados a ter com a mesma, esclarecendo outras dúvidas que pudessem surgir (como relativamente à amamentação) ou apenas reforçando positivamente aquela nova família, valorizando aspetos como: o papel ativo do pai, que permite que a mãe não se sinta tão sobrecarregada; a comunicação fluida entre o casal, permitindo a exposição e reflexão das preocupações de cada um e dando abertura para o diagnóstico de eventuais complicações (como o *baby blues*). Em todas as situações de visita, as mulheres/casais referiram que a passagem pela sala de partos foi positiva e correspondeu ou superou as suas expetativas, o que foi muito gratificante para mim. Para Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais (2003), a experiência de parto para a mulher é, regra geral, difícil. No entanto, a qualidade dessa experiência depende de uma multiplicidade de fatores individuais, sociais e situacionais, como: a presença ou não de uma figura de suporte significativa,

²¹ H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte. (OE, 2011a)

²² 17 visitas ao puerpério

a participação ativa ou não da mulher nas decisões médicas, as expectativas prévias da mulher, a utilização ou não de métodos analgésicos e, principalmente, o tipo de parto.

Nestas visitas pude, também, validar o efeito dos aromas ao longo do TP, com o devido distanciamento que permite uma análise mais racional do momento.

4.2.1. O Uso dos Aromas no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto

Para Kolcaba (2003), as necessidades de cuidados surgem de uma ou mais situações que causam um desequilíbrio no indivíduo ou défices causados por estímulos que causam tensões negativas quando as “forças obstrutivas” superam as “forças facilitadoras”. Desta forma, esta teoria é exequível de ser utilizada com ganhos em saúde para a mulher a vivenciar o TP, uma vez que qualquer intervenção que aumente o conforto da mulher, torna-a mais apta e disponível para o TP.

Assim sendo, os EE ESMO desempenham um papel fundamental no alívio das necessidades fisiológicas e na promoção de um ambiente tranquilo, através da utilização de intervenções autónomas, como a utilização dos estímulos sensoriais, que apoiem a mulher/casal/convivente significativo a experienciar o maior conforto possível da sua experiência de parto.

Estes pressupostos foram mobilizados e transpostos para a prática de cuidados do ER, conforme exposto no quadro nº 1.

Quadro nº 1 – Mobilização da Teoria do Conforto de Kolcaba

Pressupostos teóricos de Kolcaba	Transposição para a prática
Tipo de conforto	
Alívio	Satisfação de necessidades específicas da parturiente/casal
Tranquilidade	Promoção do estado de calma
Transcendência	Apoio no controlo da dor
Contexto do conforto	
Físico	Informação sobre as modificações corporais ao longo do trabalho de parto
Psico-espiritual	Confiar nas suas capacidades
Ambiental	Preocupação em proporcionar um ambiente tranquilizador
Social	Apoio ao casal na vinculação e transição para a parentalidade

Na implementação do projeto de estágio, pareceu pertinente introduzir a *Childbirth Comfort Questionnaire* (CCQ), de forma a avaliar o conforto nas mulheres em TP.

A CCQ foi criada em 1999, especificamente para o uso em grávidas em TP, e oferece elementos para se identificarem as várias dimensões do conforto. Este questionário foi adaptado do questionário geral do conforto de Kolcaba por Kerri Schuiling, com o objectivo de medir o conforto de mulheres saudáveis, que estavam pela primeira vez a passar pela experiência de um parto por via vaginal. Segundo esta autora, “assim como a saúde é muito mais do que a mera ausência de doença, o conforto pode ser experienciado mesmo na presença de grande dor” (traduzido de Schuiling e Sampsel, 1999, p. 79).

Em 2008, a CCQ foi traduzida e validada para a população portuguesa, tendo sido solicitada a autorização à respetiva autora para a utilizar neste âmbito (apêndice VI).

No decorrer da prestação de cuidados à parturiente, a mesma era informada acerca do objetivo do uso dos aromas através de uma carta explicativa (apêndice VII) e, após assinar o consentimento informado (apêndice VIII), o instrumento era preenchido por mim com base na perceção da parturiente (apêndice IX), para avaliação das necessidades e adequação dos cuidados.

Para concretizar o meu projeto, após me ter assegurado, através da revisão da literatura, de que poderia utilizar o aroma *lavandula angustifolia* com segurança e para o efeito que pretendia, junto das parturientes, desloquei-me ao Instituto Português de Naturologia para o adquirir, juntamente com o difusor apropriado. Foi possível reunir-me informalmente com uma das formadoras do curso de Aromaterapia lecionado no referido instituto e, nessa reunião, pude validar as minhas conclusões (óleo essencial adequado para o projeto, cuidados a ter, método de aplicação) e adquirir os produtos. Por sugestão da técnica, adquiri também o óleo de tangerina - *citrus reticulata* – que tem igualmente uma ação relaxante e calmante e é segura para utilizar neste contexto, para o caso de alguma parturiente não tolerar o óleo de lavanda. É importante que os óleos essenciais sejam de cultura biológica (cada óleo tem uma ficha cromatográfica referente a cada lote de cultivo). O difusor, por sua vez, deve funcionar com vibração a frio para não alterar as propriedades do óleo.

Após realizar a formação “Aromaterapia Biológica no Trabalho de Parto” com uma especialista em Aromaterapia Clínica e fundadora da Escola de Aromaterapia, já na fase final do ER, expus a minha dificuldade por ter apenas um difusor para 3 parturientes e foi-me dito que a parturiente poderia inalar diretamente o óleo, por exemplo, da pele do braço do companheiro, o que seria uma estratégia para o envolver também e para os unir naquele momento. Particularmente, fiquei muito satisfeita com esta alternativa que pude praticar com alguns casais, embora eles manifestassem preferir o difusor pelo ambiente que criava no quarto. Apesar de não participar ativamente como aconteceria na

massagem, o companheiro também foi alvo do efeito dos aromas, o que poderá ter contribuído para que tivesse uma presença mais tranquila e focada na parturiente, o que foi observado nas interações estabelecidas com o casal e confirmado por alguns dos seus testemunhos (“também eu me sinto mais calmo!”). Num dos artigos obtidos através da revisão da literatura, o companheiro de uma parturiente em Inglaterra constatou que “estava cético, inicialmente, mas quando a minha mulher se acalmou e relaxou, eu fiquei surpreendido” (traduzido de Allright e Pidgeon, 2003, p. 7).

Na verdade, a base do relaxamento é a respiração, uma premissa que aprendemos quando falamos nos CPP. A respiração ajuda a parturiente a focar-se no momento presente e, de acordo com Lothian (2011), em ambientes de parto restritos, pode ser a única estratégia de conforto não farmacológico disponível para a mulher. A respiração consciente e o relaxamento, especialmente em combinação com uma ampla variedade de estratégias de conforto, podem ajudar a mulher a evitar intervenções médicas desnecessárias e a ter um parto seguro e saudável.

A caracterização sociodemográfica das parturientes que utilizaram os aromas está descrita no quadro nº 2. Verifica-se que as mulheres tinham idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos (média de 26,3); eram de nacionalidade portuguesa, angolana, cabo-verdiana e guineense; tinham uma formação académica diversificada (desde o 1º ciclo à licenciatura); estavam, na maioria, em situação laboral ativa, havendo três parturientes desempregadas; estavam acompanhadas predominantemente pelo companheiro ou pai do bebé (um casal estava em fase de separação), pela prima ou pela mãe, sendo que uma das parturientes não tinha acompanhante.

Quadro nº 2 - Caracterização Sociodemográfica das Parturientes que utilizaram os Aromas

Idade	Nacionalidade	Escolaridade	Profissão	Acompanhante
18	Portuguesa	3º Ciclo	Estudante	Namorado
19	Portuguesa	3º Ciclo	Desempregada	Namorado
19	Angolana	3º Ciclo	Lojista	Mãe
23	Portuguesa	Secundário	Esteticista	Namorado
24	Cabo-verdiana	3º Ciclo	Desempregada	Namorado
24	Portuguesa	3º Ciclo	Lojista	Namorado
28	Guineense	9º ano	Cozinheira	-----
30	Cabo-verdiana	1º Ciclo	Empregada Limpeza	Prima
30	Portuguesa	Secundário	Operadora <i>Call Center</i>	Pai do Bebê
31	Angolana	Licenciatura	Bancária	Marido
32	Portuguesa	Licenciatura	Técnica radiologia	Marido
38	Cabo-verdiana	3º Ciclo	Desempregada	Marido

Em termos clínicos (quadro nº 3), eram gravidezes de termo com idades gestacionais compreendidas entre as 38s + 6d e 41s + 1d; eram, na maioria, primíparas ou grávidas do segundo filho; tinham dor moderada (6) ou intensa (7, 8 e 9), pelo que praticamente todas solicitaram analgesia por bloqueio do neuroeixo, à exceção de uma parturiente que optou por não realizar este tipo de analgesia; a maioria dos partos foi eutócico, havendo quatro cesarianas (duas por distócia de progressão e duas por estado fetal não tranquilizador) e um parto distócico por ventosa. Todas as parturientes estavam a utilizar a aromaterapia pela primeira vez.

Quadro nº 3 - Dados Clínicos Relevantes das Parturientes que utilizaram os Aromas

IG	IO	Grau de Dor	Analgesia	Tipo de Parto
38s+6d	0000	6	Epidural	Eutócico
40s+2d	0010	8	Epidural	Eutócico
38s+4d	0020	6	Sequencial	Cesariana
39s+1d	0000	6	Epidural	Eutócico
39s+3d	0020	8	Epidural	Eutócico
38s+6d	1001	7	Epidural	Eutócico
40s+4d	0000	6	Sequencial	Eutócico
40s+6d	1011	9	-----	Eutócico
39s+4d	0010	8	Epidural	Cesariana
41s+2d	0000	6	Epidural	Cesariana
39s+1d	0000	7	Epidural	Ventosa
41s+1d	1011	6	Sequencial	Cesariana

O grau de dor foi avaliado com recurso à escala numérica (DGS, 2003), antes da implementação de qualquer método farmacológico ou não farmacológico, e foi sendo reavaliado no decorrer do primeiro estágio do TP, com recurso à CCQ. Os aromas, embora não isoladamente porque complementavam os outros métodos²³, contribuíram, segundo os testemunhos das parturientes, para uma sensação de bem-estar.

Dividi os resultados em 2 categorias, consoante os relatos obtidos: relaxamento, obtido através da diminuição da ansiedade e promoção dos tipos de conforto alívio e tranquilidade, bem como do contexto ambiental; e empoderamento, que advém da promoção do contexto de conforto psico-espiritual (quadro nº 4):

²³ H3.1.6. Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor. (OE, 2011a)

Quadro nº 4 – Testemunhos das Parturientes após os Aromas

Relaxamento	“Já não estou tão nervosa.”
	“Acho que estou mais calma...”
	“Estou menos preocupada. Tenho sono...”
	“Sinto-me tranquila.”
	“Estou melhor sim. Sinto-me bem agora.”
	“Estou mais calma.”
	“Sinto-me menos sozinha.” (parturiente assustada porque na Guiné é mau prognóstico ficar sozinha no quarto; o marido está a trabalhar e ela não tem ninguém que possa vir acompanhá-la).
	“Estou mais tranquila.”
	“Sinto-me mais relaxada... Consegui dormir um bom bocado.”
	“Já estou aqui há muito tempo, mas agora sinto-me menos nervosa...”
	“Já conhecia a aromaterapia porque o meu marido é fisioterapeuta e tem um colega a aplicar um projeto sobre musicoterapia, e às vezes falamos sobre estes métodos complementares, mas ainda não tinha experimentado. Gostei, sinto-me mais tranquila.”
Empoderamento	“Agora já acredito mais que este parto pode ser normal...” (o parto anterior foi uma cesariana).

Mousley (2004), auditou uma pequena maternidade em Inglaterra que introduziu a aromaterapia em 2000, de modo a avaliar a satisfação materna, entre outros parâmetros. O autor concluiu, de facto, que as mulheres sentiram relaxamento e empoderamento com o uso da aromaterapia. Em relação ao empoderamento, a *Federación de Asociaciones de Matronas de España* (2009), defende que a grávida deve dispor de uma informação suficiente e objetiva em cada etapa do processo de gravidez, de forma a que possa tomar opções de forma conscienciosa e saudável. O empoderamento da grávida visa, assim, uma

intervenção integrada e sistemática que assegure uma continuidade dos cuidados durante os períodos pré, intra e pós-natal.

No Reino Unido, foram realizadas outras auditorias a maternidades que implementaram a aromaterapia. Nesta sequência, Pollard (2008), refere que 70% das mulheres consideraram a aromaterapia eficaz para reduzir a dor e a ansiedade e aumentar a sensação de bem-estar durante o TP.

Kaviani, Azima, Alavi e Tabaei (2014), estudaram especificamente o efeito da lavanda na percepção de dor e concluíram que a lavanda ajudou a reduzir a percepção de dor das parturientes, sendo que a auto-avaliação das mulheres mostrou que se sentiam mais confortáveis.

Parece-me importante referir, também, que Gutteridge (2014), noutro estudo que realizou também neste contexto, percebeu que as mulheres referiram que os óleos essenciais tiveram um efeito positivo durante o TP, independentemente do tipo de parto.

Penso que a implementação das ações constantes do meu projeto (como a aplicação do aroma e a utilização da escala de conforto antes e após essa medida) facilitou a interação com a parturiente/casal e permitiu realizar um acompanhamento constante, o que favoreceu especialmente a relação, que é um aspeto crucial da relação terapêutica.

Foi com muita satisfação que compreendi que o uso dos aromas me ajudava a criar uma maior empatia com a parturiente/casal. Pessoalmente, a empatia sempre fez todo o sentido, enquanto base da relação terapêutica, e foi sempre uma preocupação na interação com o outro: “colocar-me no lugar do outro”. Ao longo da minha vida, fui percebendo que se a empatia é tão importante para as nossas próprias relações interpessoais, enquanto profissionais de saúde, temos uma responsabilidade ainda maior de criar esta empatia com a pessoa que temos perante nós. De facto, Stephany (2015), refere que a empatia é a base de uma comunicação efetiva e uma das mais importantes habilidades a serem desenvolvidas pelo ser humano. É a capacidade de visualizar e sentir na mesma perspetiva as experiências vivenciadas pelo outro, o que é fundamental para o bem-estar físico e mental de ambos.

De acordo com Dhany, Mitchell e Foy (2012), incorporar medicinas complementares (como a aromaterapia) na prática dos cuidados, permite uma abordagem holística que se centra, não só no corpo, mas também na mente e no espírito da pessoa de quem cuidamos, bem como no ambiente que a rodeia. E, na verdade, com o uso dos aromas, ia percebendo o que a parturiente/casal estava a sentir, o que poderia fazer para melhorar o desconforto... Consegui ajudar a parturiente a perceber que o importante não era “não sentir dor”, mas sim compreender a fisiologia da dor, da contração e aprender a gerir essa dor.

No fundo, empoderá-la de estratégias para ter o controlo do seu corpo, naquele momento e para se preparar para o nascimento do seu bebé.

Os resultados deste projeto foram apresentados aos enfermeiros do serviço onde decorreu o ER, numa sessão de partilha. Foi muito gratificante obter a sua perceção positiva em relação a este método não farmacológico e perceber o seu interesse em adotar este método na prática dos cuidados.

Pelo exposto, foi muito prazeroso para mim utilizar os aromas na promoção do conforto das mulheres neste estágio e considero, tendo em conta os relatos das parturientes e dos profissionais, que os resultados foram positivos.

4.3. Competências Desenvolvidas nos Períodos Pré e Pós-Natal

Relativamente ao contexto pré-natal, o âmbito dos cuidados de saúde primários, permitiu-me refletir acerca da importância da intervenção do EE ESMO na vigilância da gravidez de baixo risco.

Considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação pela escala de Goodwin modificada, nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal, devendo, no entanto, o risco ser reavaliado em todas as consultas (DGS, 2015).

No CS, tive a oportunidade de realizar consultas²⁴ a mulheres nos vários trimestres de gravidez (e com diferentes idades gestacionais), pelo que percebia a alteração da postura e da atitude de uma grávida na primeira consulta, numa consulta de seguimento e na última consulta antes de ser referenciada ao hospital. A postura e a atitude tendiam, ao longo do tempo, a ser mais “descontraída” e mais proativa, no sentido da implicação da mulher em potenciar a sua saúde. Quando tal acontecia, este parecia ser um bom indicador do sucesso da relação terapêutica e da satisfação das mulheres.

Desde a primeira consulta, as grávidas/casais (quando a grávida vem com o seu companheiro/marido), são convidada(o)s a manifestar as suas preocupações e receios e a expor as suas dúvidas. São negociados com a EE ESMO, possíveis estratégias (por exemplo, perda de peso ou diminuição/cessação de hábitos tabágicos) e reforçada a importância das mudanças no estilo de vida, promotoras de uma gravidez saudável, prevenindo complicações maternas e fetais (diabetes gestacional e consequente macrosomia fetal no caso do excesso de peso ou restrição do crescimento fetal no caso do consumo de tabaco).²⁵

Estas consultas constituem uma “janela de oportunidades” para aumentar a sua literacia em saúde. É realizada educação para a saúde acerca de estratégias para aliviar desconfortos físicos associados à gravidez, sobre situações de risco que poderiam passar despercebidas (sinais e sintomas de infeção urinária e a sua relação com ameaça de parto pré-termo, por exemplo), sobre sinais de alerta que exigem que a grávida se desloque à urgência obstétrica ²⁶ . As várias intervenções realizadas durante estas consultas, nomeadamente a monitorização da saúde materno-fetal (auscultação de batimentos cardíacos fetais, medição da altura do fundo uterino, avaliação da estática fetal) ²⁷ são enformadas pela relação terapêutica. De acordo com Magalhães (2009, p. 85),

²⁴ Realizei 62 consultas de vigilância pré-natal.

²⁵ H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez. (OE, 2011a)

²⁶ H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco. (OE, 2011a)

²⁷ H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H.2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto. (OE, 2011a)

“cuidar não envolve apenas tarefas específicas mas depende da qualidade e tipo de relação mantida”; envolve atender física, mental e emocionalmente às necessidades do outro e assumir o compromisso de dar suporte e promover o crescimento do outro.

Durante as consultas, tive a oportunidade de conversar com algumas grávidas/casais, de forma a informar acerca dos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o TP e contribuí, através da elaboração de informação sistematizada em folhetos informativos²⁸ para a promoção da continuidade dos cuidados prestados.

A OMS (1996), afirma que, pelas características menos intervencionistas da sua prática clínica, o enfermeiro obstetra é o profissional mais indicado para prestar assistência à mulher durante a gravidez, estando esta consagrada em DR (2011), no regulamento nº 127/2011 em conformidade com a lei nº 9 de 2009. No entanto, constatei o limite de atuação do EE ESMO, não por falta de competências, mas pelos constrangimentos que advêm de um modelo biomédico que ainda vigora nas instituições.

No contexto do EC realizado no serviço de internamento, tive a oportunidade de prestar cuidados a grávidas submetidas a indução de TP ²⁹, o que foi extremamente desafiante e enriquecedor uma vez que permitiu desenvolver competências na avaliação da cervicometria, na monitorização e interpretação do registo cardiotocográfico, mas principalmente na promoção de técnicas de alívio da dor não farmacológicas (respiração, hidroterapia, deambulação, uso da bola de nascimento), tendo em conta os recursos existentes e os desejos da grávida.

No referido EC, cujo contexto era a prestação de cuidados especializados à grávida/família em situação de risco materno-fetal³⁰, identifiquei e monitorizei, juntamente com o EE ESMO, situações de desvios da gravidez fisiológica,

²⁸ D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3. Concebe e gere programas e dispositivos formativos. (OE, 2010)

²⁹ Prestei cuidados especializados a 27 grávidas neste contexto.

³⁰ 166 situações de prestação de cuidados especializados à grávida/família nesta condição.

referenciando as situações que foram para além da nossa área de actuação³¹. Tendo em conta a existência de patologia associada ou concomitante com a gravidez, na maior parte das situações, a elaboração e adequação do plano de cuidados era constante³² e, julgo, bem conseguida, uma vez que, de acordo com Lowdermilk e Perry (2009, p. 750):

a avaliação da eficácia dos cuidados de enfermagem à mulher com trabalho de parto pré-termo é baseada nos resultados esperados. Estes podem incluir que a mulher verbalize a compreensão do seu tratamento, cumpra o tratamento prescrito, não manifeste complicações relacionadas com a terapia medicamentosa e que dê à luz uma criança de termo (ou quase) e saudável.

Quanto ao período pós-natal, gostaria de referir que, durante o EC decorrido na neonatologia, fiquei agradavelmente surpreendida com a forma como os RN prematuros³³ evidenciavam menos sinais de stress (avaliados pelas escalas de dor respetivas) quando era colocado junto deles uma peça de roupa da mãe, devido ao odor que emanava³⁴. Efetuei uma pesquisa neste âmbito e, de acordo com Yildiz, Arikan, Gözümlü, Tastekin e Budancamanak (2011), o cheiro a leite materno é um método efetivo para diminuir o tempo de transição da alimentação por gavagem para oral do prematuro, reduzindo também o tempo de internamento destes bebés. Ozdemir e Tufekci (2013) referem, ainda, que o cheiro materno acelera o crescimento dos prematuros, diminuindo também a duração do seu internamento.

No EC em contexto de puerpério, alocado noutra hospital que não o do ER, durante a prestação de cuidados especializados³⁵, e devido às situações com que fui confrontada, refleti sobre a importância de, enquanto futura EE ESMO,

³¹ H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. (OE, 2011a)

³² H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez. (OE, 2011a)

³³ Colaborei na prestação de cuidados a 9 recém-nascidos prematuros.

³⁴ H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos. H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor. (OE, 2011a)

³⁵ 56 puérperas/casais/família e 42 RN

alargar os horizontes para outros aspetos que não os físicos e perceber a importância da saúde mental nesta fase tão importante do ciclo de vida³⁶.

Foi notória, para mim, a dificuldade de alguns pais em apoiarem a companheira e, simultaneamente, vincularem-se ao filho³⁷. Apesar de, no parto, o pai poder sentir que tem um papel secundário, o pós-parto constitui um contexto que permite envolvê-lo em praticamente todos os momentos.

Lowdermilk e Perry (2009, p. 496), referem que “muitos progenitores têm dificuldades parentais até que as suas competências sejam estabelecidas. Uma vez confiantes, o aumento da sua auto-estima promove uma resposta afetiva positiva para a criança”. Desta forma, optei pelo reforço positivo das competências parentais para promover o processo de transição para a parentalidade.

A realidade é que, cada vez mais, o casal está isolado das famílias de origem, tem falta de recursos e a resposta da comunidade não se revela tão competente como desejada, o que remete para a questão da promoção da continuidade de cuidados da puérpera e RN após a alta, com especial destaque para a visita domiciliária que tive oportunidade de realizar e que permitiu observar a interação entre o casal e o RN, as condições habitacionais e a dinâmica familiar³⁸.

Ainda no âmbito dos cuidados de saúde primários, realizei consultas de revisão de parto ³⁹ onde, para além da observação física da puérpera, se esclareciam dúvidas em relação à amamentação, contraceção, sexualidade, cuidados ao RN, ou outras que a cliente considerasse pertinente colocar⁴⁰.

³⁶ H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos. (OE, 2011a)

³⁷ H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. (OE, 2011a)

³⁸ H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto. (OE, 2011a)

³⁹ 8 consultas de revisão de parto

⁴⁰ H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido. H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto. (OE, 2011a)

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A prática de enfermagem exige, diariamente, tomadas de decisão éticas e morais em situações que temos de enfrentar. Nesta profissão, os dilemas éticos surgem no quotidiano aumentando a sua complexidade a cada dia que passa e acompanhando a vertiginosa evolução científica.

Neste sentido, os trabalhos que utilizam uma metodologia de investigação podem trazer benefícios de grande importância mas não devem, em circunstância alguma, colidir com os direitos fundamentais das pessoas, pelo que há que ter em consideração os aspectos éticos.

De acordo com Fortin (2003), na persecução da aquisição de conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

É, assim, necessário haver uma dupla responsabilidade, pessoal e profissional, de modo a assegurar que estes mesmos estudos respeitam tanto o ponto de vista ético como moral, porque os direitos humanos necessitam sempre ser protegidos.

Segundo a OE (2010), o enfermeiro especialista deve: proteger os direitos humanos (defendendo a pessoa a seu cuidado), respeitar e promover a privacidade, respeitar o direito de escolha e de autodeterminação, promover a confidencialidade e segurança da informação oral e escrita, respeitar os valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos e grupos.

Ao longo deste ensino clínico e na implementação do meu projeto, tive sempre em conta os princípios éticos básicos seguintes:

- Princípio da Não Maleficência – se as parturientes/casais se sentissem prejudicados, no decorrer de alguma intervenção, a mesma cessaria imediatamente para os proteger;
- Princípio da Autonomia – obtenção do seu consentimento informado e participação voluntária das parturientes/casais;
- Princípio da Beneficência – garantia de respeito pela dignidade das parturientes/casais;

- Princípio da Justiça – assegura a confidencialidade e anonimato das parturientes/casais, de modo a que os seus dados pessoais não sejam conhecidos por mais ninguém.

Considero ter salvaguardado as questões éticas relativas à implementação do projeto uma vez que, como já foi referido anteriormente, foi efetuado um pedido de autorização para a implementação do mesmo dirigido à enfermeira-chefe do serviço em questão (apêndice VI) e solicitado consentimento informado à mulher/casal para a utilização dos aromas no TP (apêndice VIII).

6. LIMITAÇÕES

Como foi referido anteriormente, existe um número reduzido de estudos acerca do uso dos aromas no primeiro estágio do TP.

Pelas limitações económicas, apenas pude dispor de um difusor durante todo o estágio.

Existe dificuldade em aferir se o relaxamento advém somente da aromaterapia ou se existem fatores concomitantes que contribuem para este estado, como a presença contínua do EE ESMO (o uso dos aromas implica uma maior presença) ou a envolvimento do companheiro. O cuidar do enfermeiro e o relacionamento conjugal são fatores que não se podem dissociar deste momento tão importante, pelo que não foi possível avaliar isoladamente o efeito dos aromas no conforto da parturiente.

No entanto, não encaro negativamente este aspeto. Como foi dito pelos enfermeiros do serviço, aquando da apresentação dos resultados deste projeto, se os aromas funcionarem como “desculpa” para estar mais tempo com a parturiente, então melhor!

De facto, apesar da escassa evidência, acredita-se que a utilização das medicinas complementares (como a aromaterapia) podem ter benefícios como: permitir que a mulher tenha ao seu dispor mais mecanismos de *coping* naturais para lidar com o primeiro estágio do TP; melhorar a continuidade de cuidados, uma vez que a EE ESMO passa mais tempo com a mulher (o que pode ter resultados positivos no nascimento); reduzir as intervenções médicas; diminuir a duração do primeiro estágio do TP, bem como a percepção de dor associado a este (Dhany et al, 2012).

7. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA

Apesar das limitações referidas anteriormente, acredito que este trabalho pode ser uma mais valia nas seguintes áreas da enfermagem.

7.1. Prática Clínica

O uso dos óleos essenciais no primeiro estágio do TP reduz o uso de opióides sistémicos, tem um custo relativamente baixo e aporta um índice muito baixo de efeitos adversos (Burns et al, 2000). Além disso, tem benefícios para as parturientes e para os RN e facilita o desenvolvimento de uma relação harmoniosa, entre a EE ESMO e a parturiente, de empatia e suporte, que se estende ao companheiro (Burns et al, 2007), o que conduz a uma maior proatividade do EE ESMO durante o primeiro estágio do TP. Enquanto intervenção autónoma, a implementação dos aromas na promoção do conforto da mulher, pode também levar a uma maior satisfação profissional (Allright e Pidgeon, 2003).

Assim sendo, é expectável que a aromaterapia, que parece ser uma prática segura, proporcione um TP mais confortável à mulher e uma vivência positiva do casal nesta fase crucial de transição para a parentalidade.

Em termos de aplicabilidade na área, e tendo em conta a evidência científica, os óleos essenciais, durante o TP, podem ser utilizados de 3 formas: banho de imersão, massagem e inalação.

O uso de óleos essenciais com o banho de imersão (hidroterapia) ou com a massagem (*effleurage*), resulta em medidas não farmacológicas de alívio da dor combinadas, uma vez que associa estratégias de estimulação sensorial a estratégias de estimulação cutânea (Lowdermilk, Perry e Bobak, 2002).

A massagem permite que o acompanhante da parturiente participe ativamente neste cuidado, embora para a realização deste projeto se tenha optado pela inalação através de difusor próprio, em virtude de se ter considerado,

junto da enfermeira chefe do serviço, que seria o melhor método para avaliar o efeito dos aromas na promoção do conforto, antes e após a sua aplicação.

A OMS (1996, p. 34) encoraja o uso de métodos não invasivos e não-farmacológicos para alívio da dor durante o TP como “a massagem e as técnicas de relaxamento”.

A massagem corporal é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistémico e pela manipulação dos tecidos. No TP, para além de promover o alívio da dor, pode potenciar o efeito de relaxamento, diminuindo o stress emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (Sescato, Souza e Wall, 2008).

Dhany et al (2012) concluíram, no seu estudo, que a aromaterapia associada à massagem teve um impacto positivo na redução de analgesia durante o primeiro estágio do TP, e afirmam que esta condição tem potencial para melhorar os resultados maternos e neonatais.

A massagem pode, assim, ser realizada na zona em que a parturiente manifestar desconforto, e dependendo da vontade e tolerância de cada mulher, pode ser aplicada durante os períodos de contração uterina por forma a aliviar a dor, ou no intervalo das mesmas, com o intuito de proporcionar relaxamento (Silva, Ramos, Jordão, Silva, Carvalho e Costa, 2013).

7.2. Investigação

Considero que é necessária mais investigação nesta área, assumindo, no entanto, o compromisso de contribuir para esse efeito.

No decurso deste trabalho, e após o contacto com a aromaterapeuta entrevistada (entrevista a peritos), surgiu a oportunidade de realização de um trabalho de investigação com a escola de aromaterapia e o hospital onde decorreu o estágio, utilizando-se um grupo de controlo, de forma a aferir a eficácia do aroma utilizado na promoção do conforto da parturiente durante o primeiro estágio do TP.

A par dessa proposta, aguarda-se também a aprovação de um projeto já realizado por enfermeiros de vários serviços do Departamento da Mulher do hospital em questão, nomeadamente através da disponibilização de verbas para aquisição de produtos para implementar a aromaterapia no CPP, nas consultas de obstetrícia, nos quartos de indução do TP, para além da sala de partos.

7.3. Gestão de Cuidados

Como referi anteriormente, pretende-se que o uso dos aromas seja mais um contributo para que o EE ESMO exerça a sua autonomia no exercício das suas competências, ao nível do alívio da dor, situação limitadora para a mulher no primeiro estágio do TP. Acredito que, aliando a existência de recursos e a adequação dos rácios neste contexto, a parturiente poderá vivenciar este momento da forma mais confortável e plena.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A chegada de um bebê é um momento único na vida da mulher, do casal. Durante o primeiro estágio do TP, intensificam-se as contrações e também as emoções, que podem gerar medo e ansiedade, o que, por sua vez, pode aumentar a percepção da dor.

Os óleos essenciais são conhecidos pelos seus efeitos fisiológicos e psicológicos, uma vez que interagem com o sistema límbico, responsável pelas emoções.

A popularidade crescente da aromaterapia nas maternidades, a nível nacional e internacional, aliada à evidência insuficiente da sua eficácia, reforçaram a minha preocupação em aprofundar conhecimentos relativamente a esta temática, tendo sempre por base a promoção do conforto da mulher durante o primeiro estágio do TP, através do alívio da dor com medidas não farmacológicas.

A utilização de uma metodologia de projeto centrada no cuidado de enfermagem permitiu-me desenvolver competências no sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem especializados, ao longo dos vários EC que integram este curso, com especial destaque para o ER.

Na verdade, este projeto e a temática em estudo foram o motor de desenvolvimento pessoal e de competências específicas ao longo dos EC, bem como, um incentivo para os EE ESMO implementarem medidas não farmacológicas de alívio da dor, de forma a promover o conforto da parturiente, bem como uma transição positiva do casal para a parentalidade.

Considero, assim, que atingi o objetivo geral a que me propus no início deste trabalho: “desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher/casal durante o TP no sentido de otimizar a saúde destes e apoiar o processo de transição para a parentalidade”.

Ao longo desta caminhada fui-me apercebendo de que, como refere a DGS (2005, p. 5), “quando nasce um bebê, nascem também uma mãe e um pai”. Esta transição para a parentalidade constitui um período do ciclo de vida familiar

caracterizado por mudanças impactantes sobre a vida e o relacionamento dos indivíduos que a vivenciam. Embora implique um ajustamento conjugal e emocional, permite também “aos adultos desenvolver e evidenciar o seu lado autónomo, meigo e carinhoso que pode não ser possível de expressar noutros papéis de adultos” (Lowdermilk e Perry, 2009, p. 528).

Compete, assim, ao EE ESMO diagnosticar as necessidades de cuidados e implementar as intervenções apropriadas para a “promoção do autocuidado, promoção do autocontrolo e mestria no exercício do papel parental” (OE, 2011b, p. 8).

Apesar dos constrangimentos que senti na realização deste trabalho, a formação realizada durante o ER e a entrevista a peritos na área conseguiram colmatar algumas dúvidas que tinha e, ainda, recolher contributos importantes para a aplicação dos aromas durante o estágio.

Depreendo que o desenvolvimento de competências não se esgota neste contexto da prática clínica, antes pelo contrário. Este estágio permitiu-me adquirir ferramentas para que, ao longo do tempo, e com uma postura de respeito, responsabilidade e humildade perante esta área, possa continuar a prestar cuidados especializados e de qualidade à mulher/casal/RN tendo em conta a melhor evidência científica disponível.

Neste momento, espero poder ser a enfermeira que providencie “suporte emocional, físico, espiritual e psicológico que a mulher em trabalho de parto deseja”, que construa “uma relação baseada na confiança mútua de modo a aumentar a confiança da mulher”, a ajude “a encontrar o seu próprio ritmo para parir” e a prepare, bem como ao companheiro, para se tornarem mãe e pai (traduzido de Thelin et al, 2014, p. 113-115).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais. Contributos para a Anamenese e Recurso aos Cuidadores Informais*. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-96-2
- Allright, E. & Pidgeon, K. (2003). *Supporting Mothers and Midwives with Aromatherapy: a Relaxing Dream Come True*. Midwifery Matters, 99, p. 4-9
- American Psychology Association (2016). *Learning APA Style*. Acedido a 18/05/16. Disponível em <http://www.apastyle.org/learn/index.aspx>
- APEO e OE (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada*. Lisboa: OE
- Barreto, J. e Silva, L. (2010). *Sistema Límbico e as Emoções – Uma Revisão Anatômica*. Fortaleza: Revista Neurociência, 18, p. 386-394
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X
- Buckle, J.; Ryan, K.; Chin, K. (2014). *Clinical Aromatherapy for Pregnancy, Labor and Postpartum*. International Journal of Childbirth Education, 4, p. 21-27
- Buckley, S. (2015). *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies and Maternity Care*. The Journal of Perinatal Education, 24, p. 145-153
- Burns, E.; Blamey, C.; Ersser, S.; Barnetson, L.; Lloyd, A. (2000). *An Investigation into the Use of Aromatherapy in Intrapartum Midwifery Practice*. Oxford Brookes University: England Report Nº 7
- Burns, E.; Zobbi, V.; Panzeri, D.; Oskrochi, R.; Regalia, A. (2007). *Aromatherapy in Childbirth: a Pilot Randomized Controlled Trial*. Oxford: BJOG
- Caldas, A. (2008). *Viagem ao Cérebro e algumas das suas Competências*. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN: 978-972-54-0201-6

- Caldas, A. (2013). *Uma Visita Politicamente Incorreta ao Cérebro Humano*. Lisboa: Guerra e Paz. ISBN: 978-989-702-064-3
- Cameron, E. (2007). *Measures of Human Olfactory Perception During Pregnancy*. Oxford University Press: Chemical Senses, 32, p. 775-782
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-77-5
- Carraro, T.; Knobel, R.; Radünz, V.; Meincke, S.; Fiewski, M.; Frello, A.; Martins, M.; Lopes, C.; Berton, A. (2007). *Cuidado e Conforto durante o Trabalho de Parto e Parto: na Busca pela Opinião das Mulheres*. Florianópolis: Revista Texto e Contexto Enfermagem, 15, p. 97-104
- Costa, C. (2015). *Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE: 20 Anos de Existência*. Revista Clínica do Hosp. Prof. Dr. Fernando Fonseca, 3, p. 40-43
- Costa, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A.; Pais, A. (2003). *Parto: Expectativas, Experiências, Dor e Satisfação*. Revista Psicologia, Saúde e Doenças, 4, p. 47-67
- Cunha, A. e Roque, O. (2013). *Aromaterapia – Fundamentos e Utilização*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 978-972-31-1491-1
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência*. Lisboa: Temas e Debates. ISBN: 978-989-644-120-3
- Dhany, A.; Mitchell, T.; Foy, C. (2012). *Aromatherapy and Massage Intrapartum Service Impact on Use of Analgesia and Anesthesia in Women in Labor: A Retrospective Case Note Analysis*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 10, p. 932-938
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2017). *Definição de Conforto*. Acedido a 18/05/16. Disponível em <https://www.priberam.pt/dlpo/conforto>
- DGS (2003). *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- DGS (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de Orientação para Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

- DGS (2008). *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar - Orientações*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- DGS (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- DR (2014). *Lei nº 15/2014*. Acedido a 02/03/2017. Disponível em https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/571943/details/normal?p_p_auth=WZcMj9Yq
- DR (2016). *Despacho nº 5344-A/2016*. Acedido a 02/03/17. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/74200387/details/maximized?serie=1leday=2016-04-19edate=2016-04-01edreld=74200385>
- ESEL (2014). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações*. Acedido a 18/05/16. Disponível em <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/5C89A048-9601-4EB4-BB7F-DBB9CFEBE4A7/5298/Guia2014.pdf>
- Fahy, K.; Parratt, J.; Foureur, M. e Hastie, C. (2008). *Birth Territory: A Theory for Midwifery Practice*. Acedido a 13/08/2018. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/200786532_Birth_Territory_and_Midwifery_Guardianship_Theory_for_practice_education_and_research
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa Parto Normal*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-49-3
- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (2015). *FIGO Consensus Guidelines on Intrapartum Fetal Monitoring: Intermittent Auscultation*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 131, p. 9-12
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação - da Concepção à Realização* (3ª Ed.). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X
- Fraser, D. e Cooper, M. (2009). *Myles Textbook for Midwives* (15ª Ed.). Churchill Livingstone Elsevier. ISBN: 978-0-443-06939-0

- Garrido, A.; Simões, J.; Pires, R. (2008) – *Supervisão Clínica em Enfermagem: Perspectivas Práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro. ISBN 978-972-789-266-2.
- Gayeski, M. e Bruggemann, O. (2010). *Métodos Não Farmacológicos para Alívio da Dor no Trabalho de Parto: uma Revisão Sistemática*. Florianópolis: Revista Texto e Contexto Enfermagem, 19, p. 774-782
- Gomes, I. (2009). *A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Crónico no Domicílio*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica: Tese de Doutoramento
- Grupo Português de Triage (2015). *Sistema de Triage de Manchester*. Acedido a 29/06/17. Disponível em http://www.grupoportuguestriage.pt/index.php?option=com_contentview=article&id=4&Itemid=110
- Graça, L. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4ª Ed.). Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-654-8
- Gutteridge, K. (2014). *The Multisensory Approach to Birth and Aromatherapy*. The Practising Midwife, 17, p. 26-29
- International Council of Midwives (2011). *Essential Competences for Basic Midwifery Practice*. Holanda: ICM
- International Council of Nurses (2012). *Combater a Desigualdade: da Evidência à Ação*. OE: ICN
- Indra, V. (2017). *A Study to Assess the Effectiveness of Aromatherapy during First Stage of Labour Among Women in Selected Hospitals, Puducherry*. Asian Journal of Nursing Education and Research, 7, p. 495-498
- Intellicare (2017). *Literacia em Saúde*. Acedido a 18/05/16. Disponível em <https://www.intellicare.pt/pt/literacia-em-saude/>
- Jarvis, P. (1999). *The Practitioner-Researcher: Developing Theory from Practice*. San Francisco, Jossey-Bass. ISBN: 978-0787938802
- Joanna Briggs Institute (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014*. Adelaide: JBI

- Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Reviews*. Adelaide: JBI
- Katz, L. e Rubin, M. (2009). *Mantenha o seu Cérebro Ativo*. Cascais: Pergaminho. ISBN: 978-9722520263
- Kaviani, M.; Azima, S.; Alavi, N.; Tabaei, M. (2014). *The Effect of Lavender Aromatherapy on Pain Perception and Intrapartum Outcome in Primiparous Women*. British Journal of Midwifery, 22, p. 30-33
- Kolcaba, K. (1994). *A Theory of Holistic Comfort for Nursing*. Journal of Advanced Nursing, 19, p. 1178-1184
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1663-7
- Lothian, J. (2011). *Lamaze Breathing: What Every Pregnant Woman Needs to Know*. New York: The Journal of Perinatal Education, 20, p. 118-120
- Lowdermik, D. e Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade (7ª Ed.)*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1
- Lowdermilk, D.; Perry, S.; Bobak, I. (2002). *O Cuidado em Enfermagem Materna (5ª Ed.)*. Porto Alegre (Brasil): Artmed. ISBN: 85-7307-787-5
- Maddocks-Jennings, W. e Wilkinson, J. (2004). *Aromatherapy in Nursing: Literature Review*. Journal of Advanced Nursing, 48, p. 93-103
- Magalhães, J. (2009) *Cuidar em Fim de Vida: Experiência durante a Formação Inicial de Enfermeiros*. Lisboa: Coisas de Ler. ISBN: 978-989-8218-07-0
- MedlinePlus (2016). *Limbic System*. Acedido a 18/05/16. Disponível em <https://medlineplus.gov/ency/imagepages/19244.htm>
- Mousley, S. (2004). *Audit of an Aromatherapy Service in a Maternity Unit*. Complementary Therapies in Clinical Practice, 11, p. 205-210
- Néné, M.; Batista, M.; Marques, R. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-989-752-146-1
- Odent (2008). *Parto Humanizado vs Parto Animalizado* (Seminário Belo Horizonte pelo Parto Normal). Acedido a 17/07/2018. Disponível em

<http://www.sentidosdonascer.org/blog/2016/01/a-prioridade-hoje-e-mamiferizar-o-parto-por-michel-odent/>

- OE (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE
- OE (2011a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: OE
- OE (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: OE
- OE (2013a). *Influência da Posição de Parto na Mãe e no Recém-Nascido*. Lisboa: MCEESMO-OE
- OE (2013b). *Promover e Aplicar Medidas Não Farmacológicas no Alívio da Dor no Trabalho de Parto e Parto*. Lisboa: MCEESMO-OE
- OE (2015). *Livro de Bolso. Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/EE ESMO*. Lisboa: OE.
- OE (2017). *Parecer nº 21/2017 da MCEESMO – Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: MCEESMO-OE
- OMS (1996). *Care in Normal Birth: a Practical Guide*. Geneva: World Health Organization
- OMS (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization
- OMS (2007). *Obstetric Safety Protocols*. Acedido a 18/05/16. Disponível em <http://www.who.int/surgery/publications/Obstetricsafetyprotocols.pdf>
- Ozdemir, F. e Tufekci, F. (2013). *The Effect of Individualised Developmental Care Practices on the Growth and Hospitalisation Duration of Premature Infants: the Effect of Mother's Scent and Flexion Position*. Inglaterra: Journal of Clinical Nursing, 23, 3036-3044

- Pollard, K. (2008). *Introducing Aromatherapy as a Form of Pain Management into a Delivery Suite*. Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health, 103, p. 12-16
- Pordata (2017). *População Estrangeira com Estatuto Legal de Residente*. Acedido a 23/03/2018. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+estrangeira+com+estatuto+legal+de+residente+total+e+por+algumas+nacionalidades-24>
- Ribeiro, J. (2008). - *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2ª Ed.). Porto: Legis Editora. ISBN 978-989-8148-162
- Saragoila, M. (2007). *Ser Enfermeiro com as Pessoas – Dissertação de Mestrado*. Porto: Universidade do Porto.
- Schuiling, K. e Sampsel, C. (1999). *Comfort in Labor and Midwifery Art*. Journal of Nursing Scholarship, 31, p. 77-82.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Portal do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE*. Acedido a 13/03/2017. Disponível em <http://www.hff.min-saude.pt/>
- Sescato, A.; Souza, S.; Wall, M. (2008). *Os Cuidados Não-Farmacológicos para Alívio da Dor no Trabalho de Parto: Orientações da Equipe de Enfermagem*. Cogitare Enfermagem, 13, p. 585-590.
- Silva, D.; Ramos, M.; Jordão, V.; Silva, R.; Carvalho, J.; Costa, M. (2013). *Uso de Métodos Não Farmacológicos para o Alívio da Dor durante o Trabalho de Parto Normal: Revisão Integrativa*. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, 7, p. 4161-4170.
- Stephany, K. (2015). *Cultivating Empathy - Inspiring Health Professionals to Communicate More Effectively*. Canada: Bentham Books. ISBN: 978-1-60805-988-1
- Süskind, P. (2006). *O Perfume – História de um Assassino* (32ª Edição). Barcarena: Editorial Presença. ISBN: 972-23-1448-3
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (2016). *Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery*. Washington: ACOG


- Thelin, I.; Lundgren, I.; Hermansson, E. (2014). *Midwives' Lived Experience of Caring during Childbirth – a Phenomenological Study*. Sexual and Reproductive Healthcare (5), p. 113-118
- Toda, M. e Morimoto, K. (2011). *Evaluation of Effects of Lavender and Peppermint Aromatherapy using Sensitive Salivary Endocrinological Stress Markers*. Stress Health, 27, p. 430-435
- Tomeleri, K.; Pieri, F.; Violin, M.; Serafim, D.; Marcon, S. (2007). “*Eu Vi Meu Filho Nascer*” - *Vivência dos Pais na Sala de Parto*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 28, p. 497-504
- Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra* (5ª Edição). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6
- United Nations Regional Information Centre (2009). *Comissão de População e Desenvolvimento*. Acedido a 17/07/2018. Disponível em <https://www.unric.org/pt/mulheres/23169>
- Vieira, M. (2007) – *Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 972-54-0146-8.
- Yavari, K.; Safajou, F.; Shahnazi, M.; Nazemiyeh, H. (2014). *The Effect of Lemon Inhalation Aromatherapy on Nausea and Vomiting of Pregnancy: a Double-Blinded, Randomized, Controlled Clinical Trial*. Iranian Red Crescent Medical Journal, 16
- Yildiz, A.; Arian, D.; Gözü, S.; Tastekin, A.; Budancamanak, I. (2011). *The Effect of the Odor of Breast Milk on the Time Needed for Transition from Gavage to Total Oral Feeding in Preterm Infants*. Canada: Journal of Nursing Scholarship, 43 (3), 265-273

APÊNDICES

Apêndice I

Descrição dos Resultados Esperados, Tarefas e Atividades

Resultados Esperados	Tarefas	Atividades
Adquirir conhecimentos sobre o uso dos aromas no trabalho de parto	Pesquisar a evidência científica para fundamentar a prática	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de revisão narrativa da literatura sobre a aromoterapia no trabalho de parto - Contacto com entidades que promovam a aromoterapia - Contacto com EEESMO que utilizem os aromas no trabalho de parto - Realização de <i>workshop</i> ou formação sobre aromoterapia
Conceptualizar a prestação de cuidados especializados de acordo com o referencial teórico de Kolcaba	Promover o conforto das mulheres	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da literatura sobre os pressupostos da Teoria do Conforto - Mobilização dos conhecimentos adquiridos na prática de cuidados <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alívio: satisfação de necessidades específicas ➤ Tranquilidade: promoção do estado de calma ➤ Transcendência: apoio no controlo da dor <ul style="list-style-type: none"> ↳ Físico: informação sobre as modificações corporais ao longo do trabalho de parto ↳ Psico-espiritual ↳ Ambiental: preocupação em proporcionar um ambiente tranquilizador

		 Social: apoio ao casal na vinculação e transição para a parentalidade
Implementar o uso de aromas durante o primeiro estágio do trabalho de parto às parturientes ao meu cuidado	<p>Conhecer o contexto de cuidados do Ensino Clínico</p> <p>Aprofundar conhecimentos sobre a técnica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a Enfermeira Chefe do serviço - Realização de diagnóstico de situação acerca do uso dos aromas no Bloco de Partos - Apresentação do projeto, objetivos e pertinência do mesmo - Identificação dos aromas indicados para o trabalho de parto - Aquisição de difusores de aromas e óleos essenciais - Obtenção do consentimento das parturientes (termo de consentimento esclarecido)
Validar a pertinência do uso dos aromas para a promoção do conforto das mulheres no primeiro estágio do trabalho de parto	Fundamentar a implementação do uso de aromas para a promoção do conforto	<ul style="list-style-type: none"> - Pedido de autorização à autora da versão portuguesa da escala de avaliação do conforto para a utilização da mesma - Obtenção do consentimento das parturientes (termo de consentimento esclarecido) - Aplicação da escala de avaliação do conforto, antes e após a utilização dos aromas

		<ul style="list-style-type: none"> - Registo dos resultados em instrumento de registo construído - Realização de sessões de formação aos enfermeiros do Departamento (consultas, puerpério, vigilância materno-fetal, bloco de partos), com a apresentação dos resultados obtidos
Desenvolver competências comuns e específicas do EEESMO	<p>Contribuir para a qualidade dos cuidados prestados</p> <p>Promover a prática baseada na evidência</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de jornais de aprendizagem, analisando criticamente as práticas - Colaboração na implementação do uso dos aromas no primeiro estágio do trabalho de parto e na formação em serviço dos enfermeiros - Divulgação dos resultados (congressos, publicação de artigo)

Apêndice II
Cronograma

Atividades / Meses (2017)	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Revisão da Literatura	X	X	X	X	X
Diagnóstico de Situação/Reunião com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora	X				
Contacto com Peritos	X				
Aquisição de aromas e difusor	X				
Implementação do Projeto	X	X	X	X	X
Elaboração do Relatório de Estágio	X	X	X	X	X
Apresentação do Relatório na ESEL				7	
Sessão de Formação aos Enfermeiros do Departamento da Mulher do HFF por Peritos				19	
Entrega do Relatório de Estágio					16

Apêndice III
Estudos Seleccionados e Respetiva Extração de Dados

An Investigation into the Use of Aromatherapy in Intrapartum Midwifery Practice

Revisor: Amirali, Khatidja

Data: Junho, 2016

Autores: Burns, E.; Blamey, C.; Ersser, S.; Barnetson, L.; Lloyd, A. **Ano:** 2000

Jornal: *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* **Número:** 2

Método de Estudo

RCT ☐ Quasi-RCT ☐ Longitudinal ☐ Retrospectivo ☐ Observacional ☒ Outro ☐

Participantes

- Cenário: Oxford Radcliffe Hospital Women's Centre (Inglaterra)
- População: mulheres entre 1990 e 1998, gravidez a partir das 36 semanas, sem alergias
- ☐ Tamanho da amostra: 8.058 mulheres

Intervenções

A aromaterapia foi administrada por um grupo principal de EE ESMO sob a supervisão de um aromaterapeuta qualificado, a todas as mulheres que consentiram receber aromaterapia durante o primeiro estágio do TP. Em 1997, a sala de partos passou a contar também com uma EE ESMO qualificada em aromaterapia.

Resultados Clínicos

Descrição do Resultado	Medida/Escala
Redução da ansiedade e/ou dor	As mulheres consideraram que o uso de óleos essenciais (lavanda, incenso e rosa) foi eficaz na redução da ansiedade e/ou dor. Estas mulheres recorreram menos à analgesia epidural e tiveram uma maior proporção de partos eutócicos do que as mulheres que não utilizaram a aromaterapia. 9% das primigestas que utilizaram a aromaterapia, não utilizaram qualquer outro método de alívio da dor durante o primeiro estágio do TP.
Aumento da intensidade das contrações	36% das mulheres que recorreram ao óleo de salva para aumentar a intensidade das contrações referiram que foi eficaz, ao contrário de 28% das mulheres na mesma situação. Os autores consideram que a eficácia da salva no aumento da intensidade das contrações deve ser investigada num ensaio clínico controlado.
Redução das náuseas e/ou vômitos	O óleo de menta está indicado no tratamento das náuseas e vômitos e as mulheres consideraram o seu uso eficaz na redução destes sintomas, mesmo após a administração de analgesia epidural.
Segurança da aromaterapia	1% (n=100) das mulheres referiu efeitos adversos da aromaterapia, tais como náuseas (n=60), prurido (n=15), cefaleias (n=13) e TP precipitado (n=9). Os autores apontam para a dificuldade em perceber se estes sintomas estão realmente relacionados com o uso de óleos essenciais ou com o TP mas referem que nenhum deles tem efeitos adversos para a mãe ou para o bebé.

Conclusões dos Autores

- A aromaterapia é uma terapia eficaz durante o primeiro estágio do TP para as mulheres que experienciam ansiedade, dor, náuseas ou contrações fracas.
- A aromaterapia está associada a poucos efeitos secundários e é uma opção de cuidados pouco dispendiosa.
- O uso da aromaterapia pode estar relacionado com melhores resultados do TP: poucas mulheres necessitaram de analgesia epidural quando utilizaram a aromaterapia para aliviar a ansiedade e a dor; as mulheres que utilizaram a aromaterapia tenderam mais para partos eutócicos.

Comentários dos Autores

- Este foi o primeiro estudo de avaliação do uso da aromaterapia durante o TP publicado até àquela data.
- É difícil fazer firmes conclusões a partir deste estudo; no entanto, os achados servem para formular hipóteses que podem ser estudadas em ensaios clínicos controlados.
- Um dos achados mais interessantes do estudo foi a evidência de que os óleos essenciais podem ser eficazes na redução da ansiedade e da dor.
- As EE ESMOs foram entusiastas na adoção deste conhecimento na sua prática.

Aromatherapy in Childbirth: a Pilot Randomised Controlled Trial

Revisor: Amirali, Khatidja

Data: Junho, 2016

Autores: Burns, E.; Zobbi, V.; Panzeri, D.; Oskrochi, R.; Regalia, A. **Ano:** 2007

Jornal: BJOG - *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*

Método de Estudo

RCT ☒ Quasi-RCT ☐ Longitudinal ☐ Retrospectivo ☐ Observacional ☐ Outro ☐

Participantes

- Cenário: Hospital San Gerardo (Itália)
- População: nulíparas e multíparas com mais de 36 semanas, gravidez simples, apresentação cefálica

☐ Tamanho da amostra: 513 mulheres

↳ Grupo 1: 251 (aromaterapia)

↳ Grupo 2: 262 (controlo)

Intervenções

- Intervenção 1: mulheres em TP que recebem cuidados com aromaterapia
- Intervenção 2: mulheres em TP que recebem cuidados sem aromaterapia

Resultados Clínicos

Descrição do Resultado	Medida/Escala
Percepção de Dor	Níveis menos elevados de dor nas nulíparas e níveis estáveis de dor nas múltiparas do grupo 1.
Tipo de Parto	Não houve diferenças entre o tipo de parto do grupo 1 e do grupo 2. Ambos tiveram uma proporção alta de partos vaginais (89%).
Rotura de Membranas	Houve uma ligeira diminuição da rotura artificial de membranas no grupo 1 (43% em comparação com 50%).
Duração do primeiro e 2º estádios do TP	A duração do primeiro e 2º estádios do TP foi sensivelmente a mesma nos 2 grupos.
Índice de Apgar do RN	As pontuações no primeiro, 5º e 10º minutos de vida do RN foram similares nos 2 grupos.
Admissão na Neonatologia	Nenhum RN nascido no grupo 1 foi transferido para a Neonatologia, ao contrário de 6 RN (2%) do grupo 2.

Conclusões dos Autores

- Neste estudo, 217 mulheres (86%) solicitaram aromaterapia para reduzir a ansiedade, o medo ou a dor. É interessante notar que a aromaterapia diminuiu a percepção de dor nas nulíparas e estabilizou-a nas múltiparas, quando há uma tendência para o aumento da dor e ansiedade à medida que o TP progride.
- Não houve efeitos adversos da utilização de óleos essenciais em resultados maternos ou neonatais.

Comentários dos Autores

- Este foi o primeiro estudo randomizado controlado para comparar o efeito da aromaterapia numa série de resultados intra-parto em comparação com o tratamento padronizado durante o TP.
- Os resultados deste estudo formam uma base sólida para um estudo randomizado controlado com uma amostra maior de forma a quantificar estatisticamente resultados importantes para as mulheres e para as EE ESMOs.
- Tanto as parturientes como as EE ESMOs fizeram comentários favoráveis à utilização da aromaterapia enquanto método de alívio da ansiedade materna, do medo e da dor, o que aumenta o bem-estar. Ambas mencionaram igualmente que a aromaterapia facilitou o desenvolvimento de uma relação harmoniosa de empatia e suporte, que se estendeu também ao companheiro.

A Study to Assess the Effectiveness of Aromatherapy during First Stage of Labour among Women in Selected Hospitals

Revisor: Amirali, Khatidja

Data: Maio, 2018

Autores: Indra, V.

Ano: 2017

Jornal: Asian Journal of Nursing Education and Research

Método de Estudo

RCT ☒ Quasi-RCT ☐ Longitudinal ☐ Retrospectivo ☐ Observacional ☐ Outro ☐

Participantes

- Cenário: hospitais selecionados em Puducherry
- População: nulíparas com 4-8 cm de dilatação do colo uterino e idades compreendidas entre os 18-37 anos
- ☐ Tamanho da amostra: 60 mulheres
 - ↳ Grupo 1: 30 (aromaterapia)
 - ↳ Grupo 2: 30 (controlo)

Intervenções

- Intervenção 1: parturientes que recebem aromaterapia para alívio da dor
- Intervenção 2: parturientes que não recebem qualquer método de alívio da dor

Resultados Clínicos

Descrição do Resultado	Medida/Escala
Avaliação do Nível de Dor	<p><u>Pré-teste:</u></p> <p>Grupo 1 – 70% com <i>dor intensa</i>, 30% com <i>dor muito intensa</i></p> <p>Grupo 2 – 3,3% com <i>dor moderada</i>, 53,4% com <i>dor intensa</i>, 43,3% com <i>dor muito intensa</i></p> <p><u>Pós-teste:</u></p> <p>Grupo 1 – 50% com <i>dor intensa</i>, 50% com <i>dor muito intensa</i></p> <p>Grupo 2 – 3,3% com <i>dor muito intensa</i>, 96,7% com a <i>pior dor alguma vez sentida</i></p>

Conclusões dos Autores

- O estudo revelou que 50% das mulheres no primeiro estágio do TP teve *dor intensa* e 50% *dor muito intensa* após a aplicação da aromaterapia, enquanto que a grande maioria das mulheres que não foram submetidas a aromaterapia sentiram a *pior dor alguma vez sentida* (96,7%) e *dor muito intensa* (3,3%).

Comentários dos Autores

- A aromaterapia é eficaz no alívio da dor do primeiro estágio do TP e proporciona maior conforto e satisfação ao longo deste período.

Alguns tópicos da *Guideline For Administration Of Aromatherapy With Childbearing Women* (Nottingham University Hospitals, March 2012):

- “Aromatherapy is to be used in a complementary way with existing care.
- The effect of a treatment needs to be closely observed and only when the essential oil aroma has significantly reduced should another treatment be considered.
- An inhalation on a gauze swab and massage oil may be used concurrently during induction and labour.
- Basic midwifery skills should always be utilised and considered to alleviate any problems in conjunction with aromatherapy administration.
- A midwife or support worker who has attended the appropriate study session approaches the woman/partner with information about the aromatherapy service.
- Appropriate essential oils and desired methods of use are discussed. Consent for use may be verbal but documented contemporaneously by the midwife/support worker in the current midwifery records. Essential oil choice by support worker must be verified by midwife and documented.
- An audit sheet needs to be filled in for the first ten women treated by a newly educated midwife/support worker in order that competency may be assessed and the appropriate certificate issued.
- Use an interpreter if language difficulties are apparent.”

Excerto da *Guidance for the use of Aromatherapy on the Birthing Unit* (Chelsea and Westminster Hospital, March 2013):

- “Healthcare professionals undertaking aromatherapy will have the required professional skills, knowledge and are competent to support mothers in a safe environment. They should have completed either the two day accredited Aromatherapy course or the trust approved training session and competency booklet.”

Excerto da *Aromatherapy Clinical Guideline for Midwives* (Royal Cornwall Hospitals, December 2015):

- “Midwives without a recognised qualification wishing to use aromatherapy must first undertake an approved workshop or other recognised workshop specifically designed to train them in aromatherapy application for use on pregnant women (RCN 2007). Evidence of usage for NMC revalidation is essential.”

Apêndice V
Entrevista a Peritos na Área

ENTREVISTA

A presente entrevista tem como objetivo principal perceber como é aplicada a aromoterapia durante o TP e como é avaliada a sua eficácia.

Destina-se a profissionais que implementem o uso de aromas na sua prática de cuidados.

1. Desde quando utiliza os aromas na sua prática de cuidados? A que se deveu essa implementação?

Utilizo os óleos essenciais durante o trabalho de parto desde 2009, de forma a ajudar a mulher no seu trabalho de parto, pela acção dos óleos essenciais: anti-inflamatória, analgésica, tónico-uterina e ansiolítica. Os óleos ajudam igualmente na libertação natural de ocitocina.

2. De que forma aplica os aromas à parturiente durante o TP?

Através das técnicas de inalação e através de massagem no corpo.

3. Como avalia a eficácia dos aromas no alívio da dor/promoção do conforto? Qual o *feedback* que recebe por parte da mulher/casal?

*Classificando numa escala de 0-10, a eficácia eu atribuo como 9. O *feedback* é que os óleos essenciais são uma mais valia para a mulher e para o bebé.*

4. Quais as limitações/constrangimentos que sente em relação a esta técnica?

As limitações correspondem ao corpo da mulher parturiente, pois os óleos essenciais apenas potencializam as diferentes ações do corpo da mulher, potencializam a libertação de recetores canabinóides e opióides no caso da dor, e libertação de catecolaminas e ocitocina, não lhe fornecem nenhuma subsistência, e, como estrutura química volátil que é, apenas estimula o organismo da mulher, e a limitação está neste ponto, pois se a mulher por exaustão não conseguir responder aos estímulos dos compostos voláteis temos que recorrer a outra terapêutica mais convencional.

5. Qual é a posição dos restantes elementos da equipa multidisciplinar em relação aos aromas?

A equipa do hospital público da póvoa/maternidade aceita muito bem esta terapêutica.

Raquel Costa, especialista em Aromaterapia Clínica e fundadora da Escola de Aromaterapia

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Apêndice VI
Pedido de Autorização

Exma. Sra. Enfermeira Graça Nascimento,
Enfermeira Chefe da Urgência Obstétrica e Ginecológica,
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

Eu, Khatidja Amirali, aluna do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar a escala de conforto no âmbito do estágio no bloco de partos deste hospital.

O estágio final, ou estágio com relatório, decorre de 6 de Março a 9 de Julho de 2017 e, para além da aquisição de competências para o cuidar especializado nesta área, visa a implementação de um projeto durante a prática dos cuidados. Este projeto foi elaborado ao longo do curso, sob orientação da professora Madalena Oliveira.

O tema que estou a trabalhar é “O Uso dos Aromas para a Promoção do Conforto das Mulheres no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto” e vai de encontro ao projeto “Maternidade com Qualidade” da Ordem dos Enfermeiros. Sendo o conforto um conceito abrangente, pretende-se que, durante a interação com as parturientes, se possa avaliar o mesmo, recorrendo a um instrumento validado para esse fim, nomeadamente a versão portuguesa do *Childbirth Comfort Questionnaire* (CCQ) de Katherine Kolcaba.

Desta forma, sendo a senhora enfermeira Graça Nascimento a autora da versão portuguesa do CCQ e, simultaneamente, a enfermeira chefe do serviço onde decorrerá o estágio supra-citado, aguardo a sua autorização para a utilização do referido instrumento neste âmbito.

Lisboa, 2 de Março de 2017

Grata pela atenção e com os melhores cumprimentos,

Khatidja Amirali

Concordo com o tema e
autorizo a aplicação no
serviço e a utilização do
CCQ.
Graça
03. Março 2017

Apêndice VII
Carta Explicativa

CARTA EXPLICATIVA

Partindo de uma necessidade identificada pelos profissionais e pelas parturientes neste serviço, aliada a uma curiosidade e interesse pessoais pela temática, optei por estudar o uso dos aromas para a promoção do conforto das mulheres no primeiro estágio do trabalho de parto.

A chegada de um bebé é um momento único na vida da mulher/casal. Durante o TP, intensificam-se as contrações e também as emoções, que podem gerar medo e ansiedade, o que, por sua vez, pode aumentar a perceção de dor.

Os óleos essenciais são conhecidos pelos seus efeitos fisiológicos e psicológicos, uma vez que interagem com o sistema límbico, responsável pelas emoções.

Quando os níveis de adrenalina estão elevados, gera-se o stress, um mecanismo biológico adaptativo e de defesa. A inalação, através de óleos essenciais, estimula a libertação de neurotransmissores que reduzem os níveis de adrenalina, diminuindo a dor, a ansiedade e o medo, o que facilita a produção normal de ocitocina e um trabalho de parto fisiológico.

Foram realizados estudos nesta área, em Inglaterra, que concluíram que a aromaterapia: reduz a ansiedade, a dor, as náuseas e vómitos durante o trabalho de parto; aumenta a sensação de bem-estar e conforto durante o trabalho de parto; não tem efeitos adversos para a mãe e para o RN. No entanto, neste estudo, será sempre considerado o histórico de saúde e as alergias.

A aromaterapia é considerada uma medicina complementar importante, sendo reconhecida como uma medida não farmacológica de alívio da dor pela Ordem dos Enfermeiros, bem como uma intervenção autónoma do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, apesar de ser pouco utilizada em Portugal.

Muito obrigada pela sua participação,

Khatidja Amirali

- Enfermeira no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.
- Estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Apêndice VIII
Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Concordo com o uso dos aromas proporcionados pela senhora Enfermeira Khatidja Amirali, estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, durante o trabalho de parto.

Declaro também que me foram fornecidas todas as informações pela senhora enfermeira acima mencionado, bem como sobre os meus direitos, nomeadamente:

- I – Ter acesso aos melhores cuidados disponíveis, de acordo com as minhas necessidades;
- II – Ser tratada com humanidade e respeito, tendo os cuidados a prestar o único objetivo de melhorar as minhas condições de saúde;
- III – Ter garantido o sigilo das informações que me digam respeito;
- IV – Receber todas as informações disponíveis sobre a minha situação de saúde e sobre os cuidados prestados;
- V – Todas as alíneas anteriores aplicam-se de igual modo às informações, necessidades e cuidados respeitantes ao meu acompanhante.

Lisboa, _____ de _____ de _____

Assinatura da cliente (grávida)

Assinatura do estudante

Apêndice IX
Instrumento de interação com a parturiente/casal

Selecionar, em relação a cada uma das frases seguintes, o valor que melhor corresponde à opinião: de 1 (se discordar totalmente) a 5 (se estiver totalmente de acordo). ⁴¹

		Antes do aroma	Depois do aroma
1	Tenho privacidade suficiente	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5
2	A minha dor é difícil de suportar	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5
3	Sinto que as pessoas que me rodeiam me dão força	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5
4	Sinto que não sou capaz de fazer isto sem a ajuda dos outros	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5
5	Estou a lidar bem com o meu corpo	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5
6	Esta cama/cadeira magoa-me	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5
7	Consigo ultrapassar a minha dor porque ajuda o meu bebé a nascer	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5
8	Tenho confiança que consigo “dar à luz” o meu bebé	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5
9	Esta sala faz-me sentir fraca e desamparada	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5
10	As dores das contrações motivam-me para ser forte	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5
11	Sinto-me segura neste local	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5
12	Tenho vontade de desistir	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5
13	Preocupa-me vir a perder o autocontrolo	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5
14	Necessito de ser melhor informada sobre a evolução do meu parto	1...2...3...4...5	1...2...3...4...5

Nacionalidade: _____ Idade: _____

Habilitações literárias: _____ Profissão: _____

Dilatação: _____ Tempo de permanência no serviço: _____

Analgesia:

Nenhuma: _____

Epidural: _____

Outra: _____

Grau de dor: _____ (considerando 0 como ausência de dor e 10 como a dor máxima que já sentiu).

Observações: (Acompanhamento durante o parto? De quem? Tipo de interação estabelecida com a parturiente? Influência dos aromas?)

⁴¹ Adaptado do “Childbirth Comfort Questionnaire” de Katharine Kolcaba, validado para a população portuguesa por Graça Nascimento

